



MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD CONCEPCION  
HOSPITAL SAN JOSE DE CORONEL

## FORMULARIO DE POSTULACIÓN

ASIGNACION DE RESPONSABILIDAD  
DE LOS PROFESIONALES FUNCIONARIOS A QUE SE REFIERE  
EL ART. 34 LETRA C) DE LA LEY 19.664 Y EL ART. 3 DE LA LEY 19.198.

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO		NOMBRES
RUT	LEY AFECTO	HORAS CONTRATADAS	ETAPA/NIVEL
UNIDAD DE DESEMPEÑO	TELEFONO		CORREO ELECTRONICO

TITULO PROFESIONAL			
UNIVERSIDAD PREGADO			
FECHA DE TITULO		N° REGISTRO SUPERINTENDENCIA DE SALUD	
ESPECIALIDAD			
UNIVERSIDAD ESPECIALIDAD		FECHA ESPECIALIDAD	
SUBESPECIALIDAD			
UNIVERSIDAD SUBESPECIALIDAD		FECHA SUBESPECIALIDAD	

ASIGNACIÓN A LA QUE POSTULA

Declaro asimismo saber que de ser falsa esta declaración, me hará incurrir en las penas establecidas en el artículo 193° del Código Penal.

<hr/> TIMBRE COMISION ASIGNACION RESPONSABILIDAD LEY 19664	<hr/> NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO
---	---