# 

SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

UNIDAD DE PERSONAL

**DECLARACIÓN JURADA**

Por el presente instrumento yo, (nombre completo), Cédula Nacional de Identidad Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado Civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado(a) en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro bajo juramento:

1. Que cumplo con los requisitos establecidos en las letras c), e), f) del Art. 12° del Estatuto Administrativo, aprobado por la Ley 18.834, que se describen:

c) Tener Salud compatible con el desempeño del cargo

e) No he cesado en un cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente o por medida disciplinaria, en los cinco años anteriores a la fecha de la presente declaración, por lo que asumo las responsabilidades establecidos en el Art. 20° inciso 3° de dicha Ley, y

f) No estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargos públicos, no estar condenado por crimen o simple delito, además

2. Que no me encuentro afecto a ninguna de las causales de inhabilidad previstas en el artículo 56 de la Ley N° 18.575, esto es:

1. Que no tengo vigente o suscrito por mí o por terceros, contratos o cauciones ascendentes a 200 Unidades Tributarias Mensuales o más con el Servicio de Salud de Concepción y que tampoco tengo litigios pendientes con dicha institución. Asimismo declaro bajo juramento que no tengo la calidad de director, administrador, representante o socio titular del 10 % o más de los derechos de cualquier clase de sociedad, que tenga contratos o cauciones vigentes ascendentes a doscientas unidades tributarias mensuales o más con el Servicio de Salud de Concepción.
2. Que no tengo la calidad de cónyuge, hijo, adoptado o pariente hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive respecto de las autoridades y de los funcionarios directivos del Servicio de Salud de Concepción, hasta el nivel de jefe de departamento o su equivalente inclusive.

**Coronel,** \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Postulante