**DECLARACIÓN JURADA**

Yo, .......................................................................................................de Estado Civil…….,

Cédula Nacional de Identidad Nº……………………………………….., domiciliado en............................................................, de la ciudad ………………….;

………………..de..........................,……….vengo a declarar, bajo Juramento, para los efectos previstos en los artículos 55º, en concordancia con el artículo 54º de la Ley Nº 18 .575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, artículo 13º, números 5 y 6, de la Ley Nº19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, que:

1º.- La aceptación del cargo no me provocará la incompatibilidad de estar relacionado por matrimonio o parentesco de consanguinidad hasta el tercer grado inclusive, de afinidad hasta el segundo grado, o adopción con funcionarios de la Municipalidad de Quilleco, cuando con ellos se produjera relación jerárquica;

2º.- No me encuentro inhabilitado o suspendido en el ejercicio de funciones o cargos públicos, ni me encuentro condenado o sometido a proceso por resolución ejecutoriada por crimen o simple delito. Como tampoco me encuentro suspendido en virtud de resolución pendiente dictada en sumario administrativo instruido en servicios fiscales, municipales, semifiscales, de administración autónoma o de organismos estatales, ni he cesado en ellos como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente o por medida disciplinaria dentro de los últimos cinco años;

3º.- No tengo vigentes o suscritos por mí o por terceros, contratados o cauciones ascendentes a doscientas unidades tributarias mensuales o más, o litigios pendientes con la Municipalidad de Quilleco. Con la excepción prevista en la letra a) del artículo 54º de la Ley Nº 18.575.

4º.- Además no ejerceré ninguna actividad privada cuyos horarios coincidan total o parcialmente con la jornada de trabajo asignada por el Departamento de Salud de la Municipalidad de Quilleco, ni tampoco ejerceré actividades particulares que se refieran a materias específicas o casos concretos que deban ser analizados, informados o resueltos por el cargo al cual postulo en el referido servicio, y

5º.- Conozco lo establecido en el artículo 210 del Código Penal, que señala las penas en caso de que la presente declaración sea falsa o no resulte totalmente apegada a la verdad.

Fecha:............... .............................. .

NOMBRE.........................................

RUT................................................

|  |
| --- |
| FICHA DE POSTULACIÓN CONCURSO PUBLICO SALUD 2023 |
| l. IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE |
|  |  |  |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres |
|  |  |  |  |
| Nacionalidad | RUT | Fecha Nacimiento | de | Estado Civil |
|  |  |
| Domicilio (Calle Nº - Población/ Villa - Comuna - Región) | Fono |
|  |  |
| Título Profesional | Año Titulación |
| 11. POSTULACIÓN |
|  |  |  |
| Cargo a que postula |  | Establecimiento |
| 111. DECLARACIÓN JURADA SIMPLE |
| 1. | Declaro que la información proporcionada, tanto personal como la documentación que la certifica, es fidedigna.Autorizo a la Municipal de Quilleco, para que ejecute las acciones que estime pertinente para la verificación de antecedentes.Acepto la anulación absoluta de mi postulación en el evento de comprobarse la falsedad de alguno de los antecedentes presentados.Declaro conocer y aceptar las bases del Concurso al que postulo. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| Firma del Postulante |  |  | :, | ,· - |

Lugar y fecha:

**CURRÍCULUM**

1.-ANTECEDENTES PERSONALES

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO |  |
| FECHA DE NACIMIENTO |  |
| R.U.T. |  |
| NACIONALIDAD |  |
| ESTADO CIVIL |  |
| DOMICILIO |  |
| TELÉFONOS DE CONTACTO |  |
| E-MAIL |  |

2.- ANTECEDENTES ACADÉMICOS ESTUDIOS:

Adjuntar certificado de título, en original o fotocopia debidamente legalizada.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| AñoInicio | AñoTérmino | Grado Académico | Duración(Nº Horas) | Título | Institución |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

3.-CAPACITACIÓN

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Año inicio | Año Término | Nombre Del Curso | Duración(Nº de horas) | Nombre de la 1nstitución |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

4.-EXPERIENCIA LABORAL

SITUACIÓN LABORAL ACTUAL: Adjuntar certificaciones

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Añoinicio | Cargo | Actividad(es) o Función(es) | institución |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

NOMBRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN JURADA**

Yo , cédula nacional de identidad N º………………………………., domiciliado (a) en…………………………………………………..Ciudad……………………………………………... de…………………………..Teléfonos…………………………. , mail :………………………….

**VENGO A DECLARAR BAJO JURAMENTO QUE:**

* Tengo salud compatible para el cargo al cual postulo.
* No he cesado en cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente, o por medida disciplinaria en los últimos cinco años, desde la fecha de expiración de funcionarios.
* No estoy inhabilitado(a) para el ejercicio de funciones o cargos públicos, no he sido condenado(a), ni me encuentro procesado(a) por crimen o simple delito.
* No me encuentro inhabilitado(a) por el Artículo 56, letras a), b) y c) del DFL 1/19 .653 sobre probidad administrativa.
* No me encuentro afecto(a) a la Ley 20.066/05 sobre violencia intrafamiliar.
* Autorizo para notificaciones referentes al concurso público en el mail indicado.

Formulo esta declaración libre y espontáneamente, para ser presentada en el Concurso Público de la Municipalidad de Quilleco ante el Departamento de Salud.

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

 FIRMA POSTULANTE

IMPORTANTE: La falsedad de esta declaración, hará incurrir en las penas del Artículo Nº 210 del Código Penal y automáticamente lo excluye de postulación y asunción de cargos.

Lugar y fecha: