

ANEXO N° 5
ANTIGÜEDAD COMO ESPECIALISTA EN EL ESTABLECIMIENTO DE POSTULACIÓN

El/La subdirector/a de Gestión y Desarrollo de las Personas del Hospital _____, certifica que:

El (la) profesional funcionario (a) _____ se ha desempeñado como **médico especialista certificado** en este establecimiento, con contrato de _____ horas semanales, desde (DD/MM/AAAA) _____, hasta (DD/MM/AAAA) _____, contratado bajo la Ley _____.

Se emite este certificado para ser presentado en el:

“PROCESO DE SELECCIÓN PARA OPTAR A FINANCIAMIENTO EN PROGRAMA DE FORMACIÓN EN LA ESPECIALIDAD DERIVADA DE NEFROLOGÍA INFANTIL Y CARDIOLOGÍA INFANTIL, PARA PROFESIONALES FUNCIONARIOS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SERVICIO DE SALUD MAGALLANES, LEY 19.664, CON COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD DE MAGALLANES, INGRESO 2024”

.....
NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE
SUBDIRECTOR/A DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS

IMPORTANTE: Debe adjuntar Relación de Servicios y Certificado de Título de Especialidad.