***ANEXO II***



 Hospital Clínico Magallanes

 “Dr. Lautaro Navarro Avaria”

 Subdirección de Gestión y Desarrollo

 de las Personas.

**FORMULARIO DE POSTULACION**

**“ASIGNACION DE RESPONSABILIDAD”**

 **(Decreto Nº 137 de 2004)**

|  |  |
| --- | --- |
| ***NOMBRE FUNCIONARIO*** | ***SERVICIO DE DESEMPEÑO ACTUAL*** |
|  |  |
| RUN |  |
| DOMICILIO |  |
| TELEFONO INSTITUCIONAL |  TELEFONO CELULAR |
|  |  |
| **CORREO ELECTRONICO INSTITUCIONAL:****CORREO ELECTRONICO PERSONAL:** |  |
| **FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD DE GESTION DESEMPEÑADAS** (y anexar certificado de encomendación de funciones) | **PERIODOS** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **CAPACITACION ATINGENTE** (detallar cursos y anexar informe de Unidad de Capacitación) |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ***CALIFICACIONES***(anexarcertificación) | ***PERIODOS*** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***UNIDAD/ES A LA CUAL SE POSTULA*** |  |
| ***FIRMA*** |  |