**ANEXO 4**

 Formulario Solicitud de Certificado de Antecedentes para Ingreso al Depto. de Salud Municipal de Calbuco

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre | Rut | Gabinete (Lugar donde obtuvo la 1ª Cédula de Identidad) | F/ Nacimiento | Firma Postulante |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 ALCALDE

DIRECTOR DESAM