**ANEXO N°3**

|  |  |
| --- | --- |
| **DESEMPEÑO EN SERVICIO DE URGENCIA** | |
| Servicio de Salud o Municipalidad |  |
| Establecimiento (Hospital, Consultorio, etc.) |  |
| Nombre del Postulante |  |
| **Fecha Inicio:** | **Fecha Término:** |
| **Fecha Inicio:** | **Fecha Término:** |
| **N° de horas:** |  |
| **Fecha emisión anexo:** |  |
| Fecha, nombre, timbre y firma del Empleador | |

**NOTA: El postulante debe adjuntar en original o fotocopia legalizada ante notario los certificados que acrediten lo indicado en este anexo.**

|  |  |
| --- | --- |
| **DESEMPEÑO EN CAMAS CRÍTICAS** | |
| Servicio de Salud |  |
| Establecimiento (Hospital) |  |
| Nombre del Postulante |  |
| **Fecha Inicio:** | **Fecha Término:** |
| **Fecha Inicio:** | **Fecha Término:** |
| **N° de horas:** |  |
| **Fecha emisión anexo:** |  |
| Fecha, nombre, timbre y firma del Empleador | |

**NOTA: El postulante debe adjuntar en original o fotocopia legalizada ante notario los certificados que acrediten lo indicado en este anexo.**

**(Si cumplió desempeño en más de un Servicio de salud o en distintos periodos, duplicar las veces que sea necesario)**