# Instrucciones llenado Formulario de Postulación Currículum Ciego

**“PROGRAMA DE PASANTÍAS PARA TENS EN ONCOLOGÍA 2024”**

**Importante**

* Lea detalladamente la información entregada para el proceso de postulación.
* Esta primera hoja contiene información general, debe desprenderla del resto del formulario y conservarla. **Al momento de postular solo debe entregar las páginas siguientes.**

**Instrucciones generales**

1. Para cumplir con el requerimiento que la postulación sea anónima, los certificados y documentos de respaldo deben estar contenidos en un sobre sellado. En su cara externa indicar el número de RUN del postulante, planta a la que pertenece y el nombre del Curso al cual postula, **omitiendo el nombre del postulante**.
2. La postulación será efectiva tras la entrega del formulario de postulación y sobre sellado con todos los antecedentes, si no se entrega alguno de los antecedentes señalados **la postulación no será considerada**. Excepto que la comisión considere aclarar alguno de los documentos presentados.
3. Las postulaciones serán recibidas en la **Unidad de Capacitación y Formación de la DSSA** hasta las 13:00 horas del **día 13 de septiembre de 2024, como último plazo**.
4. La Comisión Local de Evaluación de Postulantes del Servicio de Salud se reunirá el día 24 de septiembre de 2024 para verificar el cumplimiento de los requisitos de postulación definidos y asignar los Seleccionados.

**Requisitos de postulación:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Documentos de verificación** |
| 1. Título de Técnico en Enfermería de Nivel Superior. Tener calidad de titular o contrata en la dotación del Servicio de Salud y/o Establecimiento dependiente.
 | - Relación de Servicios |
| 1. Antigüedad igual o superior a un año continuo en alguno de los establecimientos dependientes del Servicio de Salud, con desempeño en Unidades Oncológicas de tratamiento o diagnóstico (especificar), excluye otras áreas (gestión, sospecha oncológica, seguimiento).
 | - Relación de Servicios- Anexo N°2 |
| 1. Las principales funciones de responsabilidad del funcionario/a deben estar directamente relacionadas con el programa al que postula.
 | - Currículum ciego- Anexo N°2 |
| 1. Haber sido calificados en lista 1 o 2 en el último período.
 | - Certificado RRHH. |
| 1. No pertenecer a la Comisión Local de Evaluación de Postulantes del Servicio de Salud y/o Comité Asesor de Pasantías que funciona en el MINSAL. Si uno de los integrantes de dicha comisión desea postular, deberá renunciar previamente a ésta.
 | - Currículum ciego. |

#### **FORMULARIO DE CURRÍCULUM CIEGO PROGRAMA**

**“PROGRAMA DE PASANTÍAS PARA TENS EN ONCOLOGÍA 2024”**

# IDENTIFICACION DEL POSTULANTE

#### **RUT**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |

#### **FECHA DE NACIMIENTO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Día Mes Año

#### **TELÉFONO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Código N° Teléfono

#### **CELULAR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |

#### **MAIL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

#### **PROFESIÓN:**

Marque con una X la alternativa que corresponda.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Técnico en Enfermería de Nivel Superior |
|  | Otras profesiones de Salud (indicar) |

# ANTECEDENTES LABORALES DEL POSTULANTE.

####  **ESTABLECIMIENTO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

####  **SERVICIO / UNIDAD DE TRABAJO (Marque con una X la alternativa que corresponda)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Unidad de tratamiento oncológico  |
|  | Unidad de diagnóstico oncológico |
|  | Otro |
| Otro (especifique): |

#### **CARGO (Especifique)**

|  |
| --- |
|  |

#### **ESPECIFIQUE LAS PRINCIPALES FUNCIONES que cumple hoy en su establecimiento, unidad, Servicio o puesto de trabajo y que se relacionan directamente con los objetivos y temas del Curso que postula. Señale si son permanentes o esporádicas:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

#### **ANTIGÜEDAD EN LA PLANTA A LA QUE PERTENECE ACTUALMENTE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº Años** | **Nº Meses** | **Nº Días** |
|  |  |  |

(Indicar el **total** de años, meses y días en la Planta de los establecimientos dependientes del Servicio de Salud al 31 de agosto del 2024)

#### **NOTA ÚLTIMA CALIFICACIÓN (2024)**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
| Firma postulante |