MUNICIPALIDAD DE _____

DEPARTAMENTO DE PERSONAL

SOLICITUD DE POSTULACION
LEY Nº 20.387

FECHA SOLICITUD dd/mm/aaaa	C. DE IDENTIDAD	F. NACIMIENTO dd/mm/aaaa	GRADO	ESCALAFON

NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

DOMICILIO DEL POSTULANTE	CALIDAD JURIDICA (Planta o Contrata)

MUNICIPALIDAD EN QUE SE DESEMPEÑA	ANTIGÜEDAD EN LA MUNICIPALIDAD QUE SE DESEMPEÑA	ANTIGÜEDAD EN OTRAS MUNICIPALIDADES

JORNADA DE TRABAJO: COMPLETA ☐ PARCIAL ☐ Nº HORAS _____

_____
FIRMA DEL POSTULANTE

SOLO DEBE SER LLENADO POR EL DEPARTAMENTO DE PERSONAL

Nº DE DIAS CON LICENCIA MEDICA EN LOS ULTIMOS 24 MESES ANTERIORES A ESTA SOLICITUD _____

NOMBRE FUNCIONARIO QUE RECEPCIONA	CARGO FUNCIONARIO QUE RECEPCIONA

ADJUNTA RENUNCIA VOLUNTARIA ANTICIPADA SI ☐

_____ _____
FIRMA FUNCIONARIO TIMBRE