



Relación de Puestos de Trabajo

Fecha:

Nombre Completo: _____ C.I.: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Correo electr. _____

Proyecto UDA que integro: _____ Hospital/Policlínica: _____

Declaro que, a la fecha, ocupo los siguientes puestos de trabajo en instituciones públicas y/o privadas:

Institución	Cargo	Función	Tipo de Cargo ⁽¹⁾	Carga Horaria Semanal	Lugar Físico de Desempeño

(1) Titular / Suplente / Interino / Contratado / Presupuestado / Comisión de Apoyo / Otros (aclarar)

Firma: _____

Aclaración: _____

La información contenida en el presente formulario tiene carácter de declaración jurada.
La misma se manejará con total confidencialidad por parte del Programa para la Formación y Fortalecimiento de Recursos Humanos para los Prestadores Públicos de Servicios de Salud.
Esta Declaración no sustituye la que corresponda para la tramitación de acumulación de cargos públicos.