**ANEXO 5**

**FORMULARIO DE APELACIONES**

**I. IDENTIFICACION**

(Obligatorio)

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre  |  |
| RUT |  | Estamento  |  |
| Unidad de Trabajo |  |
| Teléfonos (Efectivo) |  | Correo-e |  |

**II. FACTOR**

(Marque el o los factores a los que apela con una X. En caso de presentación conjunta, marcar todos los casilleros correspondientes.)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Antigüedad Laboral |  |  | Evaluación de Desempeño  |  |

**III. APELACION**

|  |
| --- |
| **SOLICITUD**(Marque con una X lo que considera pertinente) |
| Rechazar Calificación obtenida.  |  |  Subir Puntaje. |  |
| **V. FUNDAMENTOS**Describa los fundamentos de su solicitud |
|  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **FIRMA DEL POSTULANTE**

**Nota: esta apelación deberá ser entregada directamente en Oficina de Partes del Hospital Base Valdivia, en un sobre cerrado, dirigido al Comité de selección.**