**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.**