**CURRÍCULUM VITAE PARA POSTULANTES A OFICIALES DE LOS SERVICIOS DEL ESCALAFÓN DE SANIDAD DENTAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Código de Proceso de Selección** | **2024 0210** |

1. **ANTECEDENTES PERSONALES.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Completo** | (Nombres, Apellido Paterno, Apellido Materno) | | |
| **Fecha de Nacimiento** | (día/mes/año) | **Nacionalidad** |  |
| **Cédula de Identidad** |  | **Estado Civil** |  |
| **Hijos** | (cantidad y edades) | | |
| **Domicilio Particular** | (Calle, número, ciudad, comuna, región) | | |
| **Teléfono celular** |  | | |
| **Correo Electrónico** |  | | |
| **Ha pertenecido a la Armada de Chile** | (SÍ / NO - En caso de haber pertenecido, indicar año y repartición) | | |

1. **SITUACIÓN MILITAR.** (sólo hombres - marcar con una X según corresponda)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Situación Militar al día** | **SÍ** | **NO** |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio Militar** | **SÍ** | **NO** | **Institución** | **Unidad** | **Fecha** |
|  |  |  |  | (desde/hasta) |

1. **ANTECEDENTES ACADÉMICOS.**
2. **CARRERA DE ODONTOLOGÍA:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Universidad** |  |
| **Período de Estudio** | (Año ingreso/egreso) |
| **Fecha de Titulación** | (día/mes/año) |
| **Promedio de notas de carrera** | (Nota) |
| **Ranking de Egreso Pregrado** | (Nota) |

Adjuntar documentación señalada en las bases administrativas del proceso de selección.

1. **CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO Y FORMACIÓN:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Diplomado o Curso** | **Institución** | **Duración** | **Año de realización** | **Nota** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* Registrar en orden cronológico, desde el más antiguo, diplomados y/o cursos de perfeccionamiento con una duración superior a 30 horas, cursados o cursando.
* Adjuntar documentación señalada en las bases administrativas del proceso de selección.
* Si no ha realizado, omitir este punto.

1. **EXPERIENCIA PROFESIONAL.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Empresa, Institución o Empleador** | **Puesto Desempeñado** |
| (desde/hasta) |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Considerar solo experiencia profesional desde la fecha de titulación como Odontólogo en adelante.
* Registrar en orden cronológico desde la más antigua.
* Adjuntar documentación señalada en las bases administrativas del proceso de selección.

1. **IDIOMA.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Idioma** | **Nivel** | | |
| **Básico** | **Intermedio** | **Avanzado** |
| **Inglés** |  |  |  |
| **Otros** (Indique) |  |  |  |

* Marque con una X, según corresponda.
* Adjuntar documentación señalada en las bases administrativas del proceso de selección.

1. **OTROS DATOS DE INTERÉS.**

Indique aquellos aspectos que no han sido incluidos y que Ud. considere relevantes para su postulación.

|  |
| --- |
|  |

\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA NOMBRE Y FIRMA