

(PARA FUNCIONARIOS MUNICIPALES)

Fecha, dd/mm/aaaa



ANEXO N°1  
CERTIFICADO LABORAL  
(sugerido)

\_\_\_\_\_, Alcalde de la Municipalidad de \_\_\_\_\_ certifica que: \_\_\_\_\_, Cédula de identidad número \_\_\_\_\_, de Profesión \_\_\_\_\_, se desempeña como \_\_\_\_\_.

Su jornada laboral es de \_\_\_\_ horas semanales y se realiza desde el dd/mm/aaaa de manera ininterrumpida hasta la fecha. Su situación contractual es \_\_\_\_\_ y su antigüedad laboral es ininterrumpida desde dd/mm/aaaa, según consta en el decreto N° \_\_\_\_ de fecha dd/mm/aaaa.

Se extiende el presente certificado a petición del interesado para ser presentado en el proceso de postulación a la Ley N° 20.330 en la Intendencia de la Región de la Araucanía.

---

ALCALDE  
(timbre y firma)

Nota: en caso que no firme el Alcalde deberá adjuntar Decreto que indique nombre del subrogante.

PARA DEPENDIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD ( MÉDICOS CIRUJANOS O DENTISTAS AMBOS  
CON ESPECIALIDAD)

Fecha, dd/mm/aaaa



ANEXO N°1  
CERTIFICADO LABORAL  
(sugerido)

\_\_\_\_\_, Director del Servicio de Salud u Hospital de \_\_\_\_\_ certifica que: \_\_\_\_\_, Cédula de identidad número \_\_\_\_\_, de Profesión \_\_\_\_\_, se desempeña como \_\_\_\_\_.

Su jornada laboral es de \_\_\_\_ horas semanales y se realiza desde el dd/mm/aaaa de manera ininterrumpida hasta la fecha. Su situación contractual es \_\_\_\_\_ y su antigüedad laboral es ininterrumpida desde dd/mm/aaaa, según consta en el decreto N° \_\_\_\_ de fecha dd/mm/aaaa.

Se extiende el presente certificado a petición del interesado para ser presentado en el proceso de postulación a la Ley N° 20.330 en la Intendencia de la Región de la Araucanía.

---

Director de Servicio u Hospital  
(timbre y firma)

Nota: en caso que no firme el Alcalde deberá adjuntar Decreto que indique nombre del subrogante.