



**ANEXO PROCESO RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN
DECLARACIÓN JURADA CONFLICTO DE INTERÉS**

Yo _____

Cédula de Identidad N° _____,

Declaro bajo juramento que no poseo vínculos personales o consanguíneos con algún funcionario (a) del Hospital de Castro, de la Unidad o Servicio a la cual me encuentro postulando.

En caso de poseer, indicar nombre y unidad del funcionario con el que posee el nexo.

Nombre: _____

Unidad : _____

En caso de generarse vínculos con algún funcionario (a) durante la prestación de servicios, me comprometo a informar a la brevedad al Centro de Responsabilidad de Recursos Humanos, al correo mcares@hospitalcastro.gob.cl

FIRMA

FECHA