**FORMULARIO POSTULACIÓN LEY N°20.976**

**RETIRO VOLUNTARIO DOCENTE**

## ANTECEDENTES PERSONALES

Nombres y Apellidos del Postulante: ……………………..………………………………….……………………….……………………...………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RUT: |  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  | Sexo: | F |  | M |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fecha de Nacimiento: |  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | *d* | *d* |  | *m* | *m* |  | *a* | *a* | *a* | *a* |  |  |  |  |  |  |

Correo electrónico ……………………………………………………………………………………….……………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha efectiva renuncia: |  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*d* *d m m a a a a*

## ANTECEDENTES LABORALES ACTUAL EMPLEADOR

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la Institución** | **Fecha de Ingreso o Nombramiento** | **Tiempo servido** | **Horas de Contrato** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **ANTECEDENTES MEDICOS**   Indique si padece alguna enfermedad terminal que impida el desempeño de sus funciones en forma continua.  SI NO  Nota: si padece alguna enfermedad terminal que impida el desempeño de sus funciones en forma continua, deberá presentar Certificado de Diagnóstico Médico de una Institución de Salud. | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **DECLARACIÓN**

**Comunico mi decisión de renunciar voluntariamente, para acogerme a retiro según lo dispuesto en la Ley Nº20.976**

*Firma del Postulante: …………………………………………………………………………………………………………………….*

**De uso exclusivo de la institución empleadora**

Fecha de Recepción

Timbre