**Ministerio de Salud**

**Servicio de Salud Iquique**

**Subdirección Gestión y Desarrollo de las Personas**

**Depto. De Gestión de Recursos Humanos**

**SOLICITUD**

**ASIGNACIÓN POR DESEMPEÑO CON DEDICACIÓN EXCLUSIVA LEY N° 20.909**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| EL PROFESIONAL QUE SUSCRIBE VIENE EN SOLICITAR AL DIRECTOR DEL SERVICIO DE SALUD IQUIQUE, LE OTORGUE LA ASIGNACIÓN POR DEDICACIÓN EXCLUSIVA, ESTABLECIDA EN LA LEY N° 20.909, CORRESPONDIENTE AL PERÍODO DEL 1 DE ENERO DE 2021 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2021. | | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | |
|  |  |  | |
| RUT | CALIDAD JURÍDICA | PLANTA | |
|  |  |  | |
| GRADO | ESTABLECIMIENTO | | FECHA DE SOLICITUD |
|  |  | |  |
| **ESTA SOLICITUD SE FUNDAMENTO EN QUE:**   1. **CUMPLO CON TODOS LOS REQUISITOS QUE ESTABLECE LA LEY.** 2. **ACEPTO DESEMPEÑARME CON DEDICACIÓN EXCLUSIVA EN ESTE SERVICIO DE SALUD.** 3. **ACEPTO QUEDAR SUJETO A LAS INHABILIDADES, PROHIBICIONES E INCOMPATIBILIDADES QUE ESTABLECE LA LEY.** 4. **CONOZCO DE LA APLICACIÓN DE MECANISMOS DE CONTROL ESTABLECIDOS PARA VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LA DEDICACIÓN EXCLUSIVA.** 5. **ACEPTO LOS EFECTOS QUE SE PRODUCIRÍAN EN LA EVENTUALIDAD DE UNA RENUNCIA ANTICIPADA A ESTE BENEFICIO O POR DEJAR DE DESEMPEÑAR ESTE CARGO DE MANERA EXCLUSIVA.** | | | |

|  |
| --- |
|  |
| FIRMA DEL SOLICITANTE |

**VERIFICACIÓN DE REQUISITOS**

|  |
| --- |
| **QUIEN SUSCRIBE, CERTIFICA QUE EL FUNCIONARIO SOLICITANTE CUMPLE CON LOS SIGUIENTES REQUISITOS QUE ESTABLECE LA LEY N°20.909, PARA ACCEDER A LA ASIGNACIÓN POR DESEMPEÑO CON DEDICACIÓN EXCLUSIVA:** |
| 1. Cumple con una jornada de 44 horas semanales. |
| 1. Tiene una antigüedad continua no inferior a 4 años continuos al 31 de diciembre de 2020. |
| 1. Se encuentra calificado en Lista 1. |
| 1. No ha sido objeto de medida disciplinaria en los 2 años anteriores. |
| 1. No ha hecho uso de permiso sin goce de remuneraciones de al menos 30 días continuos o 60 días discontinuos entre el 01 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2020. |
| 1. No conserva cargo vacante en propiedad u obtuvo la autorización por primera vez entre el 01/01/2013 y el 31/12/2014. |

|  |
| --- |
|  |
| FIRMA Y TIEMBRE DE AUTORIDAD COMPETENTE  NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CARGO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |