



**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](mailto:mcares@hospitalcastro.gob.cl)

\_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

**FECHA**