**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD COMPATIBLE**

Yo , cédula de identidad número , de profesión , con domicilio para estos efectos en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, comuna de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , vengo por este acto en declarar bajo juramento:

1. Tener salud compatible para ocupar el cargo de docente de aula del Establecimiento Educacional al que postulo (Art. 24 N° 3 del DFL Nº1 del Ministerio de Educación).
2. Declaro además conocer que, en caso de resultar ganador/a de este concurso, deberé hacer llegar, dentro de los 45 días hábiles a mi notificación, un Certificado de Salud Compatible emitido por la autoridad de salud competente.

# FIRMA

**FECHA**