

**ANEXO N°4**

**CERTIFICADO DE CALIFICACION - DEPTO. SALUD MUNICIPAL**

**PERIODO SEPTIEMBRE 2018-AGOSTO 2019**

El Presidente de la Comisión Calificadora …………………………………………………………………que suscribe y certifica que Don (ña)………………………………………………………………………………RUN……………………………… obtuvo ……………………… puntos, él (la) cual fue encasillado(a) en la Lista………………...

………………………….……………………………………………………………………….

NOMBRE, RUN Y FIRMA PRESIDENTE COMISIÓN CALIFICADORA

Frutillar, Octubre 2021