**FORMULARIO DE RENUNCIA – PERSONAL CONTRATADO ACTIVO DEL MSPBS**

**……….. de julio de 2023.-**

**Señores Comisión de Selección**

**Presente**

 Me dirijo a ustedes, en el marco del **Concurso de Merito para las Unidades de Salud de la Familia – Ejercicio Fiscal 2023**, a fin de realizar presentar mi **RENUNCIA AL CARGO** que ocupo actualmente en esta Cartera de Estado.

 A continuación, detallo mis datos personales, como así también los laborales.

|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES** |
| **C. I. N°:** |  |
| **NOMBRE Y APELLIDO:** |  |
| **N° DE CELULAR:** |  |
| **PROFESIÓN:** |  |

|  |
| --- |
| **DATOS LABORALES ACTUALES** |
| **DEPENDENCIA DONDE PRESTA SERVICIO ACTUALMENTE:** |  |
| **REGIÓN SANITARIA** |  |
| **CARGO QUE OCUPA:** |  |
| **CARGA HORARIA:** |  |

 El motivo de dicha renuncia, obedece a que fui **ADJUDICADO/A** en el **CONCURSO DE MÉRITO PARA LA CONTRATACIÓN DE PROFESIONALES MÉDICOS/AS, LICENCIADOS/AS EN ENFERMERÍA, LICENCIADOS/AS EN OBSTETRICIA, TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA U OBSTETRICIA O AUXLIAR EN ENFERMERÍA, PARA LAS UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD DE LAS REGIONES SANITARIAS, EJERCICIO FISCAL 2023,** según el siguiente detalle:

**CARGO………………………………………………….**

**USF ………………………………………………………**

**DISTRITO……………………………………, REGIÓN ………………………………………………………**

 Sin otro punto en particular, me despido de ustedes atentamente.

|  |  |
| --- | --- |
| **N° DE C.I. DEL POSTULANTE:** |  |
| **FIRMA DEL POSTULANTE:** |  |
| **ACLARACIÓN:** |  |