



HOSPITAL "DR. AUGUSTO ESSMANN 'BURGOS"
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS

CONCURSO PARA OTORGAMIENTO ASIGNACION DE RESPONSABILIDAD

SOLICITUD DE POSTULACION
(Llenar con letra imprenta)

1.- IDENTIFICACION DEL POSTULANTE

Apellido Paterno Apellido Materno

Rut Nacionalidad

DOMICILIO: _____

Ciudad Calle N° Comuna

TELEFONO DE CONTACTO: _____ (Donde sea rápidamente ubicable)

2.- UNIDAD A LA CUAL POSTULA. De acuerdo al punto II de las Bases

Firma del Postulante

Fecha Recepción de Antecedentes : _____/_____/_____/

Firma y timbre de Funcionario que recepciona: _____