



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: _____