|  |
| --- |
| **ANEXO N° 3** |

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

**“PROCESO DE SELECCIÓN DE MÉDICOS CIRUJANOS TITULADOS ENTRE 1º DE ENERO DEL 2020 Y EL 31 DE MARZO DEL 2022 PARA EL INGRESO A LA ETAPA DE DESTINACIÓN Y FORMACIÓN POR EL ARTÍCULO 8º DE LA LEY Nº 19.664 DEL SERVICIO DE SALUD MAGALLANES CON DESTINACIÓN AL HOSPITAL DR. AUGUSTO ESSMANN BURGOS DE PUERTO NATALES”**

**N° de Folio (Uso de la Comisión)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**IDENTIFICACIÓN PERSONAL:**

Apellido Paterno

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Apellido Materno

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nombres

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Cédula de Identidad

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nacionalidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Universidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Título\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anexo** | **Descripción** | **N° de Hojas Enviadas** |
| 2 | Carátula de presentación de la postulación |  |
| 3 | Formulario de Postulación |  |
|  | Calificación Medica Nacional |  |
|  | EUNACOM |  |
|  | Certificado Superintendencia de Salud |  |
|  | Certificado de Antigüedad |  |
|  | Fotocopia simple de cedula de identidad (Chilenos/as); Certificado de Residencia definitiva en Chile (Extranjeros/as) |  |
| 4 | Formulario Ayudante Alumno |  |
| 5 | Formulario Trabajos Científicos |  |
| 6 | Formulario Cursos de Capacitación y Perfeccionamiento |  |

**DECLARO CONOCER LAS PRESENTES BASES Y ME HAGO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD Y PERTINENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA AL CONCURSO, PARA LO CUAL FIRMO:**

**.......................................................................................**

**FIRMA DEL POSTULANTE**