**ANEXO N° 2**

**CARÁTULA DE PRESENTACIÓN DE POSTULACIÓN**

**POSTULACIÓN AL SERVICIO DE SALUD MAGALLANES**

**“PROCESO DE SELECCIÓN PARA OPTAR A FINANCIAMIENTO DE PROGRAMAS DE SUBESPECIALIZACIÓN PARA PROFESIONALES FUNCIONARIOS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SERVICIO DE SALUD MAGALLANES, LEY 19.664, CON COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD DE MAGALLANES, INGRESO 2023”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Servicio de Salud** |  |
| **Establecimiento(s) de Desempeño** |  |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad** |  |
| **Nacionalidad** |  |
| **Estado Civil** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Dirección** |  |
| **Comuna** |  |
| **Región** |  |
| **Teléfono de contacto** |  |
| **Fecha de Nacimiento** |  |
| **Universidad de Egreso** |  |
| **Fecha de Egreso** |  |
| **Universidad donde curso la Especialidad** |  |
| **Fecha Título Especialidad** |  |
| **Programa de Subespecialización al cual postula** |  |

**Timbre y Fecha**

**Depto. Capacitación y Formación**

**Servicio de Salud Magallanes**

**Nota:** El postulante deberá conservar una copia del presente anexo, para acreditar en caso que corresponda, la entrega de la carpeta de postulación en el plazo señalado en el Anexo N°1 “Cronograma”, solo se considerará valido el formulario que cuente con fecha y timbre del Depto. de Capacitación y Formación, SSM.