

MINISTERIO DE SALUD

SERVICIO DE SALUD MAGALLANES

SUBDIRECCION DE GESTION Y DESARROLLO DE PERSONAS

DEPTO. GESTION DE PERSONAS

**SOLICITUD DE INSCRIPCION DE TRATANTES O**

**CONSULTORES DE LLAMADA 2024**

**1.- IDENTIFICACION DEL POSTULANTE**

**NOMBRES:**

RUT:

EDAD:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO:

 Calle N° Comuna Ciudad

TELEFONO:

MAIL:

ESPECIALIDAD QUE POSTULA:

**2.- ANTECEDENTES PROFESIONALES**

Título:

Universidad:

Certificación de Especialidad:

Autoridad que la otorgó: Fecha:

 (dd/mm/aa)

 **3.- CARGOS ACTUALES**

 SECTOR PÚBLICO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Institución** | **Especialidad** | **Horas** | **Fecha Contrato** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

SECTOR PRIVADO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Institución** | **Especialidad** | **Horas** | **Fecha Contrato** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

NOMRE Y FIRMA DE POSTULANTE

FECHA POSTULACION