

**ANEXO N° 2**  
**CARÁTULA DE PRESENTACIÓN DE POSTULACIÓN**

**POSTULACIÓN AL SERVICIO DE SALUD MAGALLANES**

**“PROCESO DE SELECCIÓN PARA OPTAR A FINANCIAMIENTO EN PROGRAMA DE FORMACIÓN EN LA ESPECIALIDAD DE ONCOLOGÍA MEDICA 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 2024”**

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.