

**ANEXO N° 3
FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

“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”

USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN			
N° de Folio		N° Meses de Antigüedad	

IDENTIFICACIÓN PERSONAL (escribir con letra imprenta)	
Nombre Completo	
Cédula de Identidad	
Dirección Particular	
Teléfono de Contacto	
Nacionalidad	
Correo electrónico	

IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO (escribir con letra imprenta)				
Servicio de Salud				
Establecimiento (s) de Desempeño				
Contrato vigente (indicar con una X la Ley que rige su contrato)	19.664		15.076	

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