**ANEXO N° 3**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

**“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 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** |  |
| **Correo electrónico** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO (escribir con letra imprenta)** | | | | |
| Servicio de Salud y/o Municipalidad |  | | | |
| 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**