**ANEXO N°9**

**FORMATO CARTA RECURSO DE APELACIÓN**

**DIRECTOR SERVICIO DE SALUD MAGALLANES**

**PRESENTE**

 Junto con saludarle, me dirijo a Ud. para solicitar tenga a bien acoger la revisión de los antecedentes entregados:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Inadmisibilidad |  | Puntaje en Rubros |  |

Marcar con una X lo que corresponde

|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE ADMISIBILIDAD:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **PUNTAJE EN RUBROS:** |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:**  |
|  |
|  |
|  |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:**  |
|  |
|  |
|  |

 \_\_\_\_\_

 **Firma, Nombre y RUT** (del postulante)

**NOTA**:

* Se puede Apelar tanto por un rubro como por todos ellos
* Para que la impugnación sea evaluable se requiere que se adjunten todos los antecedentes con que cuente para apoyar la solicitud. Solo documentos aclaratorios de los ya enviados en la postulación, no se evaluarán documentos nuevos.

**(Duplicar las veces que sea necesario)**