**ANEXO C: Formulario de postulación para el acceso a cupos de especialización Concurso 2017**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Número de Folio |  |  |  |  | Meses de Antigüedad |  |  |
| **Uso exclusivo Comisión** | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO: (escribir con letra imprenta)** | | | | | | |
| **Servicio de Salud o Municipalidad** |  | | | | | |
| **Establecimiento de Desempeño** |  | | | | | |
| **Dirección Institucional** |  | | | | | |
| **Contrato vigente (indicar con una “X” la Ley que rige su contrato)** | **19.378** |  | **19.664** |  | **15.076** |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Se acoge a la rebaja de un año de desempeño previo, resoluciones N° 747 y 876 de la Subsecretaria de Redes Asistenciales, para postular a cupo de las especialidades : Medicina Interna – Obstetricia y Ginecología. Debe indicar con una “X” su opción.** | | |
| SI | NO |

**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**