**ANEXO N°2**

**CARATULA DE PRESENTACION DE POSTULACION**

POSTULACION AL SERVICIO DE SALUD ARICA

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad** |  |
| **e-mail** |  |
| **Telefono1** |  |
| **Teléfono 2** |  |
| **Universidad de Egreso** |  |
| **Fecha de titulación** |  |

Timbre

Oficina de Partes del Servicio de Salud Arica.

**Nota:** el postulante deberá conservar una copia del presente formulario, para acreditar en caso de 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 de la Oficina de Partes del Servicio de Salud Arica.