**ANEXO N°2**

**PRESENTACIÓN DE POSTULACIÓN**

POSTULACIÓN AL LLAMADO DEL SERVICIO DE SALUD ARICA

|  |  |
| --- | --- |
| **Establecimiento de Desempeño** |  |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cédula de Identidad** |  |
| **e-mail** |  |
| **Teléfono 1** |  |
| **Teléfono 2** |  |
| **Subespecialidad a la que postula** |  |