**ANEXO N° 7**

**PATROCINIO ESTABLECIMIENTO**

**REQUERIMIENTO DE FORMACIÓN EN SUBESPECIALIDAD**

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el Director del Hospital\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en conjunto con el Subdirector Médico Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifestamos la necesidad de contar con un Subespecialista en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_para el Servicio Clínico de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Este Director autoriza al Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a postular al **PROCESO DE CONCURSO LOCAL PARA INGRESO A PROGRAMAS DE FORMACIÓN MÉDICA EN SUBESPECIALIDADES, INGRESO AÑO 2022, CON COMPROMISOS DE DEVOLUCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DEL SERVICIO DE SALUD ARICA,** y se compromete a mantener las remuneraciones en 44 horas y enviarlo a formar bajo la modalidad de Comisión de Estudio.

El compromiso adquirido tendrá validez condicionado a que el postulante se adjudique la respectiva Beca en el concurso y sea aceptado en el proceso de Habilitación por parte de la Universidad.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **……………………………………**  **NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE JEFE CR GESTIÓN DE LAS PERSONAS HOSPITAL** |  | **……………………………………**  **NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN CERRADA Y APOYO CLÍNICO HOSPITAL** |

**………………………………………………………**

**NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE**

**DIRECTOR HOSPITAL**