



## **FICHA INSCRIPCIÓN**

<b>DATOS PERSONALES</b>	
<b>NOMBRE COMPLETO</b>	
<b>RUT</b>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	
<b>EDAD</b>	
<b>COMUNA</b>	
<b>TELEFONO</b>	
<b>CORREO ELECTRONICO</b>	

### **CATEGORIA DE ORGANIZACIÓN: MARQUE CON UNA X**

- CONSEJO CONSULTIVOS Y DE DESARROLLO EN SALUD
- ORGANIZACIONES FUNCIONALES
- ORGANIZACIONES TERRITORIALES
- VOLUNTARIADOS
- GREMIOS/ SINDICATOS NO ASOCIADOS A SALUD



DATOS DE LA ORGANIZACIÓN	
NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN	
NOMBRE DE LA DIRECTIVA	
Nº PERSONALIDAD JURIDICA	
COMUNA	
TELEFONO DE CONTACTO	
CORREO ELECTRONICO	



**DOCUMENTACION REQUERIDA:** Esta inscripción debe ser acompañada de la siguiente documentación firmada y timbrada por la directiva de la organización. En caso presentar los documentos solicitados, no se considerara valida la inscripción.

- ❖ Certificado firmado y timbrado por la organización de base que acredite su afiliación por lo menos 1 año de antigüedad.
- ❖ Certificado desde la organización que acredite la participación de un mínimo de 75% de reuniones en los últimos 12 meses.
- ❖ Certificado firmado por la directiva de la organización quien mandata al postulante al cargo de representación para este proceso.