**ANEXO B**

**CARÁTULA DE PRESENTACIÓN DE POSTULACIÓN**

**POSTULACIONES A 6 CUPOS PARA FINANCIAMIENTOS DE ARANCEL Y MATRICULA, PARA CURSAR PROGRAMA DE SUBESPECIALIZACIÓN, CON DEVOLUCIÓN EN JORNADA COMPLETA, EN ESTABLECIMIENTOS DEL SERVICIO DE SALUD DEL LIBERTADOR GENERAL BERNARDO O´HIGGINS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad** |  |
| **e-mail** |  |
| **Nombre de Especialidad Primaria** |  |
| **Año de egreso de Especialidad Primaria** |  |
| **Financiamiento de la Beca a la que postula** |  |
| **Universidad** |  |
| **Establecimiento del que proviene** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Domicilio** |  |

Timbre y fecha de Recepción

Subdepartamento de Formación y Relación Asistencial Docente

Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O’Higgins