|  |
| --- |
| ANEXO B |
|

|  |
| --- |
| CARÁTULA DE POSTULACIÓN |
|

**POSTULACIONES A 3 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 |  |
| Cédula de Identidad |  |
| Correo electrónico |  |
| Teléfono |  |
| Domicilio actual |  |
| Nombre de Especialidad Primaria |  |
| Universidad de Egreso Especialidad Primaria |  |
| Año de egreso de Especialidad Primaria |  |
| Nombre de Subespecialidad a la que postula |  |
| Universidad de Formación de Subespecialidad |  |
| Campo Clínico |  |
| Establecimiento del que proviene |  |

Timbre y fecha de Recepción

Subdepartamento de Formación y Relación Asistencial Docente

Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O’Higgins