****

# **Servicio de Salud O’Higgins**

# **Subdirección de Gestión AsistencialDepartamento de Coordinación EstratégicaSubdepartamento de Formación y R.A.D.**

#  **Depto. Capacitación, Formación y Educación Continua**

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 8****"ACEPTACIÓN DE CUPO” FINANCIAMIENTO ARANCEL Y MATRÍCULA** |

**PROCESO DE SELECCIÓN PARA ACCEDER A FINANCIAMIENTO DE ARANCEL Y MATRÍCULA, PARA CURSAR PROGRAMA DE SUBESPECIALIDAD CON RETORNO EN ESTABLECIMIENTOS DEL SERVICIO DE SALUD O´HIGGINS**

**APELLIDO PATERNO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

**APELLIDO MATERNO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

**NOMBRES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

**RUT TELÉFONO (Móvil o Fijo)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

**CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| Cupo Obtenido |   |
| Universidad |   |
| Duración |   |
| Especialidad |   |
| **CONDICIONES DEL PROGRAMA** |
| Acepto el Financiamiento de Arancel y Matrícula, para cursar Programa de Subespecialización indicado anteriormente, en las condiciones establecidas en las Bases del Concurso Local 2023. |   |
|  Acepto las condiciones de contrato establecidos por el Servicio de Salud O´Higgins, por el periodo que dure el Programa de Formación y remuneraciones en base a la jornada contratada de ingreso que corresponda al periodo de especialización. |   |
|  Acepto la suscripción de Escritura Pública, a fin de garantizar la obligación de devolver mi formación, por el doble del tiempo que dure el Programa Académico, por la especialización, en Jornada de 44 hrs (Ley 19.664). Cuyo respaldo fue otorgado por el Servicio de Salud O´Higgins. |   |
|   |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**FIRMA Y RUT DEL POSTULANTE** |