# **ANEXO F: FORMATO FORMULARIO DE RENUNCIA CUPO DE ESPECIALIZACIÓN**

**CUPO Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**APELLIDO PATERNO:**

**APELLIDO MATERNO:**

**NOMBRES:**

**CÉDULA DE IDENTIDAD:**

**TELÉFONO (Móvil - Fijo):**

**CORREO ELECTRÓNICO:**

**UNIVERSIDAD EGRESO: AÑO EGRESO:**

**NACIONALIDAD:**

**TELÉFONO ALTERNATIVO DE CONTACTO:**

**ESPECIALIDAD :**

**UNIVERSIDAD :**

**CAMPO CLINICO :**

**DURACIÓN :**

**SERVICIO DE PAO :**

**ESTABLECIMIENTO :**

**Declaro que renuncio al cupo de especialización obtenido en este proceso de selección.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA POSTULANTE**

**Rancagua, \_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025**