# ANEXO D: FORMULARIO DE POSTULACION PARA ACCESO A CUPOS DE ESPECIALIDAD

# PROCESO DE SELECCIÓN LOCAL SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO ACTUAL:** | | | |
| **Establecimiento de Desempeño** |  | | |
| **SERVICIO DE SALUD** |  | | |
| **Contrato vigente (indicar con una “X” la Ley que rige su contrato)** | **19.664** | **15.076** | **19.378** |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN PERSONAL** | |
| **Nombre Completo** |  |
| **Cédula de Identidad** |  |
| **Dirección Particular** |  |
| **Teléfono de Contacto** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Beca a la que postula (\*)** |  |

(\*) Los interesados deberán cumplir con el requisito de habilitación de la Universidad de Valparaíso, al programa de formación de su interés, antes de la aceptación del cupo con el Servicio de Salud.

**DECLARO CONOCER LAS PRESENTES BASES Y ME HAGO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD Y PERTINENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA AL CONCURSO, PARA LO CUAL FIRMO**

**.......................................................................................**

**FIRMA DEL POSTULANTE**