

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799. Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link: <https://doc.digital.gob.cl/validador/FBUAEJ-345>

FECHA: /

# ANEXO N° 1

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

# 1. ANTECEDENTES DEL POSTULANTE

|  |  |
| --- | --- |
| **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Correo electrónico autorizado para la presente convocatoria (obligatorio)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **@** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Teléfono Particular** | **Teléfono Móvil** | **Otros teléfonos de contacto** |
|  |  |  |

**Señalar si presenta alguna discapacidad (en el caso de que así fuese, deberá adjuntar credencial de discapacidad). Esto en función de considerar algún impedimento o dificultad (Acápite 1.2 de las presentes bases).**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA (CURSO, DIPLOMADO U OTRO):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Programa** | **Modalidad** | **Estamento** |
|  |  | . |

La presente postulación implica mi aceptación íntegra de las Bases del presente Proceso de Selección al programa, a las cuales me someto desde ya.

Declaro bajo juramento lo siguiente:

* Que todos los documentos adjuntos son fidedignos.
* Cumplir con todos los requisitos de postulación expuestos en **acápite número 2** de las presentes bases del proceso de selección de perfeccionamiento.

Para Constancia: Declaro, asimismo, mi compromiso con el Servicio de Salud Tarapacá para cumplir con los requerimientos académicos del programa postulado.

FIRMA POSTULANTE

Unidad de Capacitación Departamento de Gestión y Desarrollo del Talento