ANEXO 1: FORMULARIO DE POSTULACION FIRMADO POR EL POSTULANTE

CARGO SUBDIRECTOR MEDICO FUNDACION RED DE SAUD

UNIVERSIDAD DE ANTOFAGASTA.

|  |
| --- |
| NOMBRE POSTULANTE: |
|   RUT FECHA NACIMIENTO |
| NACIONALIDAD ESTADO CIVIL |
| DIRECCION PARTICULAR |
| NUMERO CELULAR |
| DIRECCION CORREO ELECTRONICO |

 FIRMA DEL POSTULANTE

ANTOFAGASTA, Julio de 2019.