**FICHA DE POSTULACIÓN ESPECIALIDADES DE LA SALUD**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **USO EXCLUSIVO DIRECCIÓN DE POSTGRADO** | | | |
| **Documentos** | **Sí** | **No** | **Fot.** |
| Título o Grado |  |  |  |
| Calificaciones |  |  |  |
| Certificado de nacimiento |  |  |  |
| Cédula de identidad |  |  |  |
| Certificado médico |  |  |  |
| Previsión de salud |  |  |  |
| Fondo solidario |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANTECEDENTES DEL POSTULANTE** | | | |
| **Nombre:** | | | |
| **Rut:**  **Fecha Nacimiento:** | **Sexo:** | **Pasaporte:** | **Nacionalidad:** |
| **País procedencia:** Chile  **Teléfono fijo:**  **Email:** | | **Ciudad procedencia:**  **Teléfono móvil:**  **Email alternativo:** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Título Profesional:**  **Universidad donde lo obtuvo:** |  |

|  |
| --- |
| **PROGRAMA AL QUE POSTULA** |
| **Nombre Especialidad:** Especialización de Enfermería en  **Período académico al cual ingresa: Primer semestre 20XX**  **Concurso:**  **Plan de Estudio:**  **Financiamiento: (importante PROPIO-BECA INSTITUCION TRABAJO)** |

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

Firma Dirección de Postgrado Director (a) Programa Especialidad