

**ANEXO N° 1:  
FORMULARIO DE POSTULACIÓN A BECAS**

I. IDENTIFICACION DEL POSTULANTE				
Nombre Completo				
Rut		Sexo	F	M
Fecha de nacimiento		Edad		
Dirección Particular				
Teléfono	Móvil	+ 56 9	Fijo	
Correo electrónico				
Estado civil				
II. INFORMACION PROFESIONAL				
Profesión				
Certificado de título	N°		Registro	
Universidad				
EUNACOM rendido	Si _____	No _____	Puntaje	

III. DE LA AYUDA				
Área de la medicina				
Marque con una X el tipo de ayuda que solicita. En observaciones detallar el monto por conceptos				
Especialización		Matricula		Arancel
Postítulo	Con postulación			
Curso		Aceptada		No Aceptada
Pasantía		Nacional		Extranjero
Seminario		Nacional		Internacional
Otro	¿Cual?:			
Observaciones:				

IV. OTROS ANTECEDENTES	
¿Ocupa, actualmente, algún cargo en RedSalud?	Si _____ No _____
¿Cual?:	¿Donde?
V. OBLIGACION DE DESEMPEÑO	
¿Disposición a realizar obligación de desempeño?	Si _____ No _____

<b>VI. DOCUMENTACION ANEXA: Marque con una X</b>		
1	Formulario de postulación	
2	Carta de solicitud que exprese: - Razones para su postulación - Contribución que estima, de su formación a RedSalud - Compromiso de devolución incluyendo lugar y región	
3	Certificado de aprobación e EUNACOM	
4	Fotocopia de cedula de identidad	
5	Fotografía tamaño carnet	
6	CV actualizado	
7	Fotocopia de documentos que acrediten sus principales méritos académicos o profesionales	
8	Carta de referencia de la Dirección Médica de la entidad RedSalud que patrocina su formación	
9	Si tiene cargo en algún Hospital o Clínica Fotocopia legalizada de la Resolución que lo reconoce	
10	Resultados de la entrevista con el jefe de la especialidad	
<b>VII. DECLARACIÓN DEL POSTULANTE</b>		
<p>DECLARO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que postulo y me someto voluntariamente a la Convocatoria de Becas del Programa de Especialización Para Profesionales RedSalud, a través de la CORMESACH.</li> <li>- Conocer y aceptar en todas sus partes todos los aspectos establecidos en esta convocatoria y sus documentos anexos y complementarios.</li> <li>- Estar consciente que el hecho de postular no obliga al Comité de Becas a aceptar ni total ni parcialmente mi solicitud.</li> <li>- Que aceptaré lo que determine el Comité de Becas respecto a mi postulación, y en caso de ser aceptada, me obligo a responder en los plazos que me fijen, o de lo contrario, entiendo que tal aceptación quede sin efecto, sin tener derecho a reclamar.</li> <li>- Que estoy en antecedentes que la Corporación Mejor Salud para Chile podrá rechazar o aceptar una postulación, sin expresión de causa y que todos los antecedentes de este proceso son confidenciales.</li> </ul>		

Nombre y apellidos

Rut

Firma