**ANEXO Nº 7**

**Formato de carta de Impugnación**

**SR. DIRECTOR SERVICIO DE SALUD O´HIGGINS**

**PRESENTE**

Junto con saludarle, me dirijo a Ud. para solicitarle tenga a bien acoger la revisión de los antecedentes entregados:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Inadmisibilidad |  | Puntaje en Rubros |  |

Marcar con una X lo que corresponde

**Inadmisibilidad**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

RUBRO Nº \_\_: ptos. otorgados.

ptos. esperados.

**Argumentación de Reposición:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUBRO Nº \_\_\_:\_\_\_\_\_\_ptos. otorgados.

\_\_\_ptos. esperados. (Repítase tantas veces como sea necesario)

**Argumentación de Reposición:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En el evento de no acogerse, solicito se deriven los antecedentes a la Comisión de Apelación.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre Firma y RUT**

(del postulante)

**NOTA**:

* Se puede impugnar tanto por un rubro como por todos ellos
* Para que la impugnación sea evaluable se requiere que se adjunten todos los antecedentes aclaratorios con que cuenten para apoyar la solicitud. Documentación nueva no es válida.