|  |
| --- |
| **ANEXO B****“FORMULARIO DE POSTULACIÓN”** |

PROCESO DE REUBICACIÓN PARA ACCEDER A PLAZAS DISPONIBLES EN EL SERVICIO DE SALUD O” HIGGINS, PARA MÉDICOS CIRUJANOS, EN ETAPA DE DESTINACIÓN Y FORMACIÓN CONTRATADOS POR ART. 8º LEY Nº 19.664, AÑO 2025.

**POR FAVOR COMPLETE TODOS LOS CAMPOS:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Establecimiento de Desempeño** |  |
| **Establecimiento al que desea reubicarse** |  |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad**  |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Teléfono de contacto opción 1** |  |
| **Teléfono de contacto opción 2** |  |
| **Dirección particular** |  |
| **Comuna de residencia** |  |
| **Universidad de Egreso** |  |
| **Fecha de egreso**  |  |
| **Fecha de Ingreso a la EDF** |  |
| **Fecha de nacimiento** |  |
| **Nacionalidad** |  |

**POR FAVOR, MAQUE LA ALTERNATIVA CON UNA X, SEGÚN CORRESPONDA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Se ha reubicado anteriormente | SI | NO |

**FIRMA**