

**ANEXO Nº 1**

**REGISTRO CAPACITACIONES, POSTITULOS Y/O POSTGRADOS**

**CONCURSO PUBLICO CARGO DIRECTOR DEPARTAMENTO DE SALUD**

**1. ANTECEDENTES PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO:** |  |
| **R.U.T.**  |  |
| **DIRECCION** |  |
| **CIUDAD** |  |
| **TELÉFONO CELULAR:**  |  |
| **CORREO ELECTRONICO** |  |

**2. REGISTRO DE CAPACITACION, POSTITULO Y/O POSTGRADOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Capacitación** | **Entidad que la dictó** | **Fecha** | **Duración en horas** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma**  |  |
| **Fecha** |  |