

ANEXO N°2
FICHA DE POSTULACIÓN
CONCURSO PÚBLICO DIRECTOR(A) CENTRO DE SALUD FAMILIAR

1. Identificación personal del postulante

Apellido	Apellido	Nombre
RUN	Fecha de nacimiento	Estado civil
Dirección		Comuna
Teléfono	Correo electrónico	
Cargo Actual	Organización	
Profesión		

2. **Motivación por el cargo.**

Explique sus motivos de postulación al cargo.

--