|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMULARIO DE IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE** | | |
|  | | |
|  | | |
| **NOMBRES:** | | |
| **APELLIDO PATERNO:** | | |
| **APELLIDO MATERNO:** | | |
| **NACIONALIDAD:** | | |
| **PAIS DE PROCEDENCIA:** | | |
| **RUT** | **EDAD** | **FECHA DE NACIMIENTO** |
|  |  |  |
| **DOMICILIO** | | **TELEFONO** |
|  | |  |
| **CORREO ELECTRONICO** | | |
|  | | |
| **UNIVERSIDAD DE ORIGEN** | | |
|  | | |
| **TITULO MÉDICO** | | **TITULO ESPECIALIDAD** |
|  | |  |
| **PERIODO DE POSTULACIÓN:** | | **ESPECIALIDAD:** |
| **PERFECCIONAMIENTO ACADÉMICO:**  **EXPERIENCIA LABORAL:**  **EXPERIENCIA EN DOCENCIA:**  **EXPERIENCIA EN INVESTIGACIÓN:**  **OTROS:** | | |

**Fecha, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**