**ANEXO Nº 3**

**CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO Y CAPACITACION**

**NOMBRE DEL POSTULANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* ADJUNTA CERTIFICADO, HISTORICO DE CAPACITACIONES, EMITIDO POR EL ENCARGADO DE CAPACITACIÓN DE SU SERVICIO DE SALUD

(LISTADO DEBE CONTENER NOMBRE DE CURSOS, FECHAS, CANTIDAD DE HORAS Y NOTAS). MARQUE CON UNA “X”:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SI** |  | **NO** |  |

.......................................................................................

FIRMA POSTULANTE