****

|  |  |
| --- | --- |
| **“COMISIÓN DEL CONCURSO INTERNO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE CALAMA AÑO 2022”** | |
|  | |
| NOMBRE COMPLETO DEL POSTULANTE |  |
| N° CEDULA DE IDENTIDAD |  |
| TELEFONO DE CONTACTO |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  |

**\*Recortar línea punteada y pegar plantilla en anverso de sobre de postulación.**