



ANEXO 1



| “COMISIÓN DEL CONCURSO INTERNO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE CALAMA, AÑO 2023” | |
|--|--|
| 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.**