**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

Diplomado de Extensión en Habilidades Directivas para la Gestión Salud

versión marzo 2024, asociado/a Colegio de Matronas y Matrones de Chile

**ANTECEDENTES PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombres:** |  |
| **Apellidos:** |  |
| **RUT:** |  |
| **Ciudad:** |  |
| **Comuna:** |  |
| **Correo electrónico:** |  |
| **N° Teléfono:** |  |
| **Boleta o Factura[[1]](#footnote-1):** |  |

**ANTECEDENTES PROFESIONALES**

|  |
| --- |
| **Profesión:** |
| **Institución en que trabaja:** |
| **Cargo actual:** |

1. Para agilizar proceso de control y contabilización, se solicita favor indicar si requiere Boleta o Factura.

   Nota: El Programa se realiza con un número mínimo de 20 estudiantes por versión. (Cupos limitados). [↑](#footnote-ref-1)