**Máster de Formación Permanente**

**en Liderazgo y Administración en el sector salud (versión Chile 2024)**

**Formulario de Inscripción**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres y Apellidos (completo) |  |
| Rut (con punto y guion) |  |
| Número de Pasaporte |  |
| Fecha de vencimiento(Pasaporte) |  |
| Nacionalidad |  |
|  |  |
| Profesión |  |
| Universidad |  |
| Fecha de egreso (Titulo) |  |
| Otras certificaciones académicas (opcional) |  |
| Otras certificaciones académicas (opcional) |  |
| Otras certificaciones académicas (opcional) |  |
|  |  |
| Cargo actual |  |
| Institución |  |
| Años totales de experiencia |  |
| Otros cargos relevantes (opcional) |  |
| Otros cargos relevantes (opcional) |  |
| Otros cargos relevantes (opcional) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ciudad del participante |  |
| Mail personal |  |
| Mail institucional |  |
| Celular |  |
| Otro teléfono (opcional) |  |