**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) |   |