

**CARTA COMPROMISO DIPLOMADO 2020**

El (la) Alcalde (sa) que suscribe, autoriza la postulación del funcionario(a)…………………………………………………………………………………………………………………………………. rut……………………………………………………………al Diplomado ““ESTRUCTURA Y FUNDAMENTOS DEL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD SEGUNDA VERSIÓN” realizado por la Asociación Chilena de Municipalidades a través del Convenio con Municipalidad de la Granja.

Con esta autorización el Municipio de ……………………………………, a través de su Alcalde (sa) se compromete a:

1. Permitir la asistencia del becado(a) a las 100 horas electivas estipuladas en el programa.
2. En caso de ser seleccionado (a) y hacer abandono de las clases en pleno desarrollo, la Municipalidad deberá reintegrar el valor del Diplomado a la ACHM.

…………………………………………………………

Alcalde (sa) de la I.M. de…………………

Octubre , 2020

AC H M | A V . L. B. O ’ H I G G I N S 9 4 9 P I S O 10 – M E S A C E N T R A L : 22 599 8 3 0 0 – S A N T I A G O C E N T R O

Email: comisiondesalud@achm.cl/ jcarrasco@gmail.com / aortiz@achm.cl

FICHA ÚNICA DE POSTULACIÓN

|  |  |
| --- | --- |
| MUNICIPALIDAD |  |
| NOMBRE FUNCIONARIO(A) |  |
| CARGO, PROFESIÓN U OFICIO |  |
| ÁREA DESEMPEÑO LABORAL |  |
| RUT |  |
| REGIÓN |  |
| Nº CELULAR |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  |

………………….…………………………………………………………………………………….

**NOMBRE Y FIRMA DEL POSTULANTE**

**Fecha:………………………………………..**

AC H M | A V . L. B. O ’ H I G G I N S 9 4 9 P I S O 10 – M E S A C E N T R A L : 22 599 8 3 0 0 – S A N T I A G O C E N T R O

Email: comisiondesalud@achm.cl/ jcarrasco@gmail.com / aortiz@achm.cl