



DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD



ANEXO N°2: FORMULARIO SOLICITUD DE CERTIFICACIONES

DATOS DEL SOLICITANTE	
NOMBRE COMPLETO	:
R.U.N.	:
ESTALECIMIENTO	:
TELEFONO	:
CORREO ELECTRONICO	:

SOLICITUD DE CERTIFICADOS (INDICAR CON UNA X)	
CERTIFICADO EXPERIENCIA	<input type="checkbox"/>
CERTIFICADO CAPACITACION	<input type="checkbox"/>
CERTIFICADO CALIFICACIONES	<input type="checkbox"/>

FIRMA SOLICITANTE

FIRMA RECEPTOR

HUALPÉN, ____ DE _____ DE 2022