### FICHA DE POSTULACIÓN 2025

### DIPLOMADO EN BUENAS PRÁCTICAS PARA TUTORÍAS CLÍNICAS

### PARA CIENCIAS DE LA SALUD

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

|  |  |
| --- | --- |
| **I. MOTIVACIÓN** | |
| QUÉ LO MOTIVA A POSTULAR |  |

|  |  |
| --- | --- |
| II. ANTECEDENTES DEL POSTULANTE | |
| 1. NOMBRE COMPLETO |  |
| 1. RUT |  |
| 1. FUNCIÓN PRINCIPAL |  |
| 1. UNIDAD/SERVICIO |  |
| 1. FONO LABORAL |  |
| 1. PROFESIÓN |  |
| 1. CALIDAD JURÍDICA |  |
| 1. ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO |  |
| 1. ANTIGÜEDAD COMO TUTOR |  |
| 1. CORREO ELECTRONICO PERSONAL |  |
| 1. CELULAR |  |
| 1. N° TUTORÍAS CLÍNICAS A CARGO   (INDICAR NOMRE(S) INTERNOS UNIVERSIDAD DEL ALBA) |  |

## 

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **III. DE LAS AUTORIZACIONES (marque la alternativa que corresponda):** | | |
| **Cuenta con mi autorización y apoyo** | **Nombre Jefatura Directa** | **Firma** |
| SI |  |  |
| NO (\*) |  |  |

(\*) En caso de No contar con su Autorización, favor explicite las razones:

|  |
| --- |
|  |

## IV. REQUISITOS A CONSIDERAR PARA RECIBIR CERTIFICACIÓN:

1. La fecha límite de postulación será hasta el día 27 de agosto a las 12:00 Hrs.
2. Para recibir certificación de la actividad, resultado seleccionado, deberá presentar un mínimo de asistencia según lo estipulado por la Universidad del Alba.
3. Si el postulante seleccionado **NO cumple** con los requisitos de aprobación del curso (deserta, reprueba u otro), quedará registrado como tal y deberá pagar la totalidad del diplomado.

**FIRMA DEL POSTULANTE**