

SOLICITUD DE PLAZA POR CASO JUSTIFICADO



CARRERA _____

DURACIÓN SERVICIO SOCIAL ___ 6 MESES ___ 1 AÑO

NOMBRE _____

N° CUENTA _____ N° IDENTIDAD: _____

UNIVERSIDAD: _____

SEXO M ___ F ___ CELULAR _____ TELÉFONO _____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

CORREO ELECTRÓNICO _____

NACIONALIDAD _____ ESTADO CIVIL _____

Las plazas que no pertenecen a la Secretaría de Salud (SESAL) carecen de beca por la SESAL

ESTABLECIMIENTO DE PREFERENCIA

SESAL ___ ALCALDÍA ___
VOAE ___ ONG ___ OTRO ___

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:

REGIÓN: _____

MUNICIPIO: _____

SEGUNDA OPCIÓN DE INTERÉS:

VOAE ___ ONG ___ OTRO ___
SESAL ___

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:

REGIÓN: _____

MUNICIPIO: _____

MOTIVO: (Ser breve y conciso, **adjuntar documentación de soporte actualizada**)