**Formulario de Postulación a la autorización sanitaria para el ejercicio de la Acupuntura**

|  |  |
| --- | --- |
| **I. Antecedentes Personales** | |
| Nombres |  |
| Apellido Paterno |  |
| Apellido Materno |  |
| RUT Nº |  |
| Nacionalidad |  |
| Fecha de Nacimiento | I Correo Electrónico: |
| Dirección Postal |  |
| Teléfono fijo | I Teléfono celular: |
| ¿Primera vez que postula? | Sí \_\_\_ No \_\_\_  En caso de responder No señalar:   * Fecha(s) de postulación(es) anterior(es): * Examen reprobado: Teórico \_\_\_\_ Práctico \_\_\_\_ Ambos \_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **II. Antecedentes Académicos de la Medicina Tradicional China (Acupuntura)**  **(Presentar en orden cronológico)** | | | |
| País | Título  (en caso de títulos obtenidos en el extranjero  agregar institución que valida el titulo ) | Universidad / Institución | Horas |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Estudios de Especialización y perfeccionamiento (diplomados u otros):** | | | |
| País | Título /  Descripción | Universidad / Institución | Horas |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **III. Otros Antecedentes Académicos (en caso que corresponda)**  **(Presentar en orden cronológico)** | | |
| País | Título  (en caso de títulos obtenidos en el extranjero  agregar institución que valida el título ) | Universidad / Institución |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Estudios de Especialización y perfeccionamiento (diplomados u otros):** | | |
| País | Título /  Descripción | Universidad / Institución |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IV. Motivaciones de su postulación**  Escriba brevemente las razones por las cuales quiere alcanzar la certificación. Pueden incluirse intereses académicos, de investigaciones, e intenciones de actividades posteriores a su logro. | |
|  | |
| **Documentación adjunta** | Marque con una X si corresponde |
| Copia de Certificados de Acupuntura |  |
| Malla curricular con número de horas teóricas y prácticas |  |
| Diploma o certificado de estudio de la carrera de salud (si corresponde) |  |
| **Currículum Vitae resumido (OBLIGATORIO)** |  |
| Fotocopia de formulario(s) de postulación(es) anterior(es) (sólo en el caso de haber reprobado examen teórico y/o práctico) |  |