**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

Diplomado de Extensión en Planificación Estratégica y Control de Gestión en Salud, Colegio de Cirujano de Dentistas

**ANTECEDENTES PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombres:** |  |
| **Apellidos:** |  |
| **RUT:** |  |
| **Ciudad:** |  |
| **Comuna:** |  |
| **Correo electrónico:** |  |
| **N° Teléfono:** |  |

**ANTECEDENTES PROFESIONALES**

|  |
| --- |
| **Profesión:** |
| **Institución en que trabaja:** |
| **Cargo actual:** |

**Nota:** El programa se realiza con un número mínimo de 20 alumnos/as por versión. (Cupos limitados).