**ANEXO II**

**CARTA COMPROMISO POSTULANTE**

**CURSO “PLANIFICACIÓN Y COORDINACIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD”**

Como postulante al curso internacional **“Planificación y Coordinación de Redes Integradas de Servicios de Salud”**, a realizarse desde el 02 de noviembre al 21 de diciembre de 2020 por la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile:

YO\_\_\_\_\_(*Nombre del postulante)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DE\_\_\_\_\_\_(*País de Origen)\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Declaro que toda la información presentada es veraz, correcta y completa y en caso de obtener la beca, me comprometo a respetar las siguientes normas:**

1. Cumplir rigurosamente el programa del Curso Internacional.
2. Aceptar todas las condiciones estipuladas en relación al Curso.
3. Respetar las instrucciones entregadas en el desarrollo del Curso.
4. No prolongar el período de capacitación establecido por la Universidad de Chile y AGCID.
5. No interrumpir el curso salvo en caso de alguna dolencia grave que determine incapacidad para continuar el entrenamiento.
6. En caso de desistir de participar en el Curso, una vez seleccionado/a, comunicarlo al Punto Focal de AGCID y a la Coordinación Académica del Curso internacional, dentro de 5 días e indicar las razones de fuerza mayor que obligan a esa decisión.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_. (Lugar) (Día) (Mes)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del/de la postulante**