

UNIVERSIDAD DE CONCEPCION

Diplomado en Drogodependencias

Departamento de Farmacología



## Solicitud de Postulación

PROGRAMA: Diplomado en Drogodependencias

MODULO:

Nombre

Fecha y Lugar de Nacimiento

Carnet de Identidad

Lugar de Trabajo

Dirección

Telefono

Fax

Dirección Electrónica

### ESTUDIOS

Institución

Período

Título

Experiencia profesional (institución) Período Tipo de actividad

### OBSERVACIONES