

Formulario de postulación

Fecha:	
Nombre:	
Rut:	
Edad:	
Curso:	
Establecimiento educacional:	
Teléfono de contacto:	
Dirección:	
Correo electrónico:	
Nombre de la obra:	
Temática abordada en la obra:	



AUTORIZACION

Yo, _____ nombre completo,
Rut, _____ autorizo al Servicio de Salud
Maule y CSMC Talca, para exhibir y difundir públicamente, el
dibujo con el que participo en el presente concurso y
fotografías del participante, mediante cualquier soporte y vía
que estimen conveniente, sin ningún costo para dichas
entidades y para que el mismo forme parte de una exposición
a realizarse en el COSAM de Talca, así como la posibilidad de
que el material sea utilizado en campañas preventivas.

FIRMA APODERADO DEL POSTULANTE

FIRMA POSTULANTE

Centro de Salud Mental Comunitaria Sin Fronteras Talca – “Avanzando hacia el bienestar y la salud mental”

Teléfono: 71-2743040 / 71-2743041 – E-mail cosam@apstalca.cl
www.facebook.com/CosamTalca

SALUDRESPONDE

600•360•7777