**Programa de Magíster en Investigación en Ciencias de la Salud**

Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad Católica del Maule

**CARTA DE MOTIVACIÓN**

Nombre del Postulante:

RUT: Fecha**: \_\_/\_\_/\_\_**

|  |
| --- |
| *Describa en este apartado sus motivaciones para ingresar al Magíster en Investigación en Ciencias de la Salud.* |