

DECLARACION PERSONAL DE SALUD PARA APODERADOS SUSTENTADORES DE ALUMNOS DE PREGRADO

La presente declaración debe ser llenada por el sustentador y suscrita ante Notario Público.

YO,

_____/_____/_____ / _____ / _____ / _____
Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombres

RUT N° _____ **Fecha Nacimiento:** ____/____/____ en mi calidad de sustentador del alumno
Día Mes Año

_____/_____/_____ / _____ / _____ / _____ **RUT N°** _____
Apellido Paterno / Apellido materno / Nombres

declaro que me encuentro en buen estado de salud y que no he padecido o tengo conocimiento de tener alguna enfermedad importante, como por ejemplo: diabetes, cáncer o tumores, enfermedades mentales o del sistema nervioso, enfermedades del corazón o broncopulmonares, etc.

Fecha de la Declaración: ____/____/____
Día Mes Año

FIRMA NOTARIO

FIRMA SUSTENTADOR