



COMISION MEDICINA PREVENTIVA E INVALIDEZ
REGION DE O'HIGGINS
Edificio Interamericana. Campos N° 423 of. 405 . Rancagua
Fono: 072 – 335601-335695
Fax: 335699

CARTA AUTORIZACION TRÁMITE CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

Yo, _____, RUN N° _____,
domiciliado en _____ de
la comuna de _____.

Declaro ser: _____ Madre _____ Padre _____ Tutor Legal
del menor _____

RUN N° _____ y autorizo la tramitación de la Certificación
de Discapacidad que regula la ley N° 19.284 y su posterior inscripción en el Registro de
Discapacidad a nivel Nacional.

Es cuanto se puede declarar y autorizar.

NOMBRE: _____

RUN N° _____

FIRMA _____

FECHA, _____