

**SOLICITUD DE CERTIFICADOS**

**SR. USUARIO:**

Su solicitud esta sujeta a verificación, y será objetada o rechazada si la información provista es insuficiente o errónea. Adjunte a esta solicitud una copia de su **cédula de identidad y el comprobante de pago correspondiente**. El certificado sólo incluirá la información disponible en esta Secretaría. **EL ARANCEL CANCELADO POR CONCEPTO DE CERTIFICACIÓN NO SERA DEVUELTO.**

<b>1. Identificación del interesado (FAVOR ESCRIBIR EN LETRA IMPRENTA)</b>	
Nombre Completo	
RUT	
Domicilio	
Teléfonos	
Fecha de Solicitud	

<b>2. Certificación solicitada (MARQUE CON UNA X EN EL RECUADRO CORRESPONDIENTE)</b>	
--	--

<b>2.1</b>	<b>Certificado de Registro Auxiliares Paramédicos</b>				
	Enfermería	Laboratorio	Odontología	Farmacia	Alimentación
	Fecha examen de competencias				
	Institución formadora				
	Número de registro				

<b>2.2</b>	<b>Certificado Otras Actividades</b>				
	Podología	Cosmetología	Óptica/ Contactología	Acupuntura	Homeopatía
	Fecha examen de competencias				

Por este acto y en la representación que invisto, declaro conocer y aceptar expresamente los requisitos sanitarios y condiciones establecidos en la legislación vigente, para solicitar mi certificación de habilitación profesional, anteriormente señalada.

Que si en la revisión posterior, efectuada por la Autoridad Sanitaria, se verificare que los datos entregados en este documento no están registrados, completos o ajustados a lo establecido en la reglamentación vigente o no son fidedignos, esto será causal suficiente para denegar la presente solicitud.

.....  
**FIRMA USUARIO**

.....  
**FIRMA Y FECHA RECEPCIÓN MÓDULO**

<b>Verificación y corrección de antecedentes (Uso exclusivo Unidad de Competencias)</b>									
Resolución		Acta		Tarjeta		Libro		No existe registro	Número y Fecha Certificado
Institución Formadora:		Institución Formadora:		Institución Formadora:		Institución Formadora:			
N° de rol	Fecha	N° de rol	Fecha	N° de rol	Fecha	N° de rol	Fecha		
Revisado por:									
Firma y Fecha Retiro Usuario									



SUBDEPARTAMENTO DE PROFESIONES MÉDICAS Y FARMACIA