



Autoriza a JUNAEB a efectuar el tratamiento de mis datos personales con arreglo a las disposiciones de la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada con el objeto de efectuar ante la Red Colaboradora las gestiones pertinentes que tengan directa relación con los procesos de postulación y renovación de Becas JUNAEB 2015/2016.

INFORME MÉDICO PARA ACREDITAR ENFERMEDAD CRONICA O CATASTROFICA POSTULANTES

❖ Nombre del paciente :

❖ Rut :

❖ Edad :

❖ Fecha de emisión :

Enfermedad Crónica

Enfermedad Catastrófica

❖ Diagnóstico:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fecha:

.....
Firma médico Tratante y/o que certifica
(Timbre de Institución Responsable)