

	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 CRÓNICA O CATASTRÓFICA

Nombre del paciente y/o postulante:

❖ Parentesco con el postulante:

❖ Rut :

❖ Fecha de emisión :

Enfermedad Crónica

Enfermedad Catastrófica

DIAGNOSTICO

Nombre de Profesional que Acredita

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