

AUTORIZACIÓN DEL PADRE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo:

(Nombre completo del padre o representante legal)

R.U.N.:

(N° de RUN del padre o representante legal)

Autorizo a mi hijo (a) /pupilo (a):

(Nombre del hijo/a o pupilo/a)

Para que se le tome muestra de sangre para la realización del examen de VIH durante el proceso de postulación a la Escuela de Grumetes de la Armada de Chile.

En:

(Ciudad donde está firmando, día, mes, año)

Firma (Padre, Madre o Tutor)