

# **AUTORIZACIÓN VIH DEL PADRE O REPRESENTANTE LEGAL**

Yo:

(Nombre completo del padre o representante legal)

RUT:

(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 \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

**RUT y Firma (Padre, Madre o Tutor)**