



PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CHILE

## **AUTORIZACIÓN**

Por este acto, autorizo expresamente a la Pontificia Universidad Católica de Chile a almacenar una copia del certificado médico que he presentado, para fines de respaldo y registro de dicha institución. Lo anterior, en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 12 de la Ley 20.584 sobre derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, y en los Artículos 4° y siguientes de la Ley 19.628 sobre Protección a la Vida Privada.

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_