



Depto. de Acción Sanitaria  
Unidad de Profesiones Médicas

**SOLICITUD DE EXAMEN: COSMETOLOGIA**

N° DE SOLICITUD:

<b>I.- ANTECEDENTES</b>		
<b>Nombre:</b>		
Dirección:		
Sector o población:		Comuna:
CI:	Fono:	Email:
<b>DOMICILIO O CASILLA DE ENVIO DE DOCUMENTACIÓN PARA NOTIFICACIÓN</b> (siendo éste una dirección accesible para correos de Chile, radio urbano):		
<b>II.- DOCUMENTOS REQUERIDOS</b>		
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Certificado de antecedentes vigente, sin anotaciones penales.</li><li>2. Certificado médico extendido para estos efectos en que se acredite específicamente las condiciones aptas de salud del peticionario para ejercer las actividades de cosmetología, en cuanto su contacto directo con las personas a tratar.</li><li>3. Certificado de nacimiento.</li><li>4. Certificado de estudios otorgado o revalidado por autoridad competente.</li><li>5. Cualquier otro antecedente que indique competencia para los fines pedidos, siempre que digan relación con la actividad a ejercer. (por ej. Cursos realizados en cosmetología)</li><li>6. Dos fotografías tamaño carné con el número de éste.</li><li>7. Boleta de pago de arancel correspondiente</li><li>8. Mandato legal en caso de actuar mediante un apoderado</li></ol>		
<b>III.- NORMATIVA LEGAL VIGENTE</b>		
Decreto Supremo N° 725 de 1967, MINSAL, Código Sanitario Decreto Supremo N°88 de 1980, MINSAL, Reglamento para ejercer las actividades de Cosmetología		
<b>IV.- USO INTERNO AUTORIDAD SANITARIA</b>		
FECHA DE RECEPCION DE SOLICITUD:		
<b>ARANCEL (1.2.1)</b>		
<b>Total:</b>		
APROBADO:	<input type="checkbox"/>	RECHAZADO: <input type="checkbox"/> MOTIVO DEL RECHAZO: _____
FIRMA DE RECEPCIÓN: _____		

