



Depto. de Acción Sanitaria
Unidad de Profesiones Médicas y Farmacia

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE COMPETENCIAS DE TÉCNICO EN REHABILITACIÓN

N° DE SOLICITUD:

FECHA:

I.- ANTECEDENTES		
Nombre completo:		
Dirección:		
Sector o población:		Comuna:
Cedula de Identidad:	Fono:	Email:
Año de formación:		N° de Registro:
DOMICILIO O CASILLA DE ENVIO DE DOCUMENTACIÓN PARA NOTIFICACIÓN (siendo éste una dirección accesible para correos de Chile, radio urbano):		
II.- DOCUMENTOS REQUERIDOS		
1. Fotocopia de cedula de identidad		
2. Boleta de pago de arancel correspondiente		
3. Mandato legal en caso de actuar mediante un apoderado		
III.- NORMATIVA LEGAL VIGENTE		
Decreto de Ley N° 2298 de 1995, MINSAL, Reglamentos para los Establecimientos de Rehabilitación de Personas Dependientes de Sustancias Psicoactivas a Través de la Modalidad Comunidad Terapéutica Y para Ejercicio de la Actividad de Técnico En Rehabilitación de Personas con Dependencia a Drogas		
Decreto Supremo N° 225 de 1998, MINSAL, Modifica Decreto Supremo N° 2298 de 1995, MINSAL, que aprueba El Reglamento para los Establecimientos de Rehabilitación de Personas Dependientes de Sustancias Psicoactivas a Través de la Modalidad de Comunidad Terapéutica.		
IV.- DECLARACIÓN		
DECLARO CONOCER Y/O ACEPTAR:		
1. Normativa Sanitaria aplicable		
2. Requisitos establecidos en el instructivo		
3. En caso de estar registrado en otra región del país, debe hacer la solicitud en la SEREMI correspondiente		
4. Que si los antecedentes entregados al momento de ingreso de la solicitud, no corresponden a la realidad, será rechazada.		
_____ Firma Interesado (a)		
VI.- USO INTERNO AUTORIDAD SANITARIA		
ARANCEL (1.3.3)		
APROBADO: <input type="checkbox"/> RECHAZADO: <input type="checkbox"/> MOTIVO DEL RECHAZO: _____		
FIRMA DE RECEPCIÓN: _____		

