



## DECLARACION

Yo \_\_\_\_\_ Rut \_\_\_\_\_  
declaro que la información presentada es verídica y que de ser admitido me  
comprometo a cumplir los Reglamentos del Programa para el cual presento esta  
Solicitud de Admisión.

Este documento será presentado al Comité Académico del Centro de Informática  
Médica y Telemedicina de la Facultad de Medicina – Universidad de Chile para la  
inscripción del Curso y/o diploma \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma

Fecha: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - 2017