



<b>EMBAJADA U ORGANISMO INTERNACIONAL:</b>		FOTOGRAFIA PEGADA  Tamaño 4x3,5 cm.						
<b>1 ANTECEDENTES PERSONALES DEPENDIENTES:</b>								
<b>APELLIDO PATERNO:</b> <b>APELLIDO MATERNO:</b> <b>NOMBRES:</b>								
<b>FECHA DE NACIMIENTO :</b>	<b>LUGAR DE NACIMIENTO :</b>							
<b>SEXO:</b>	<b>ESTADO CIVIL :</b>	<b>NACIONALIDAD :</b>						
<b>DOMICILIO PARTICULAR:</b>	<b>CIUDAD :</b>	<b>TELEFONO:</b>						
<b>CALLE :</b>								
<b>PASAPORTE:</b>	<b>VIGENCIA:</b>							
<b>CLASE : N°</b>	<b>DESDE:</b>	<b>HASTA:</b>						
<b>CLASE : N°</b>	<b>DESDE:</b>	<b>HASTA:</b>						
<b>CLASE : N°</b>	<b>DESDE:</b>	<b>HASTA:</b>						
<b>CLASE : N°</b>	<b>DESDE:</b>	<b>HASTA:</b>						
<b>2 ANTECEDENTES DEL FUNCIONARIO ACREDITADO:</b>								
<b>NOMBRE COMPLETO:</b>								
<b>RANGO O GRADO:</b>								
<b>LUGAR DONDE EJERCE:</b>								
<b>3 ANTECEDENDES RESIDENCIA ANTERIOR:</b>								
¿ HA SIDO RESIDENTE ANTERIORMENTE EN CHILE ?                      si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>								
En caso afirmativo,								
<b>TIPO DE VISA:</b>	<b>PERIODO:</b>							
	<b>CIUDAD DE RESIDENCIA:</b>							
	<b>ACTIVIDAD DESARROLLADA:</b>							
<b>4 INDICAR LA SIGUIENTE INFORMACION SOBRE CRIADOS:</b>								
<b>NOMBRE INSTITUCION DONDE INGRESA COTIZACIONES:</b>								
<b>NOMBRE INSTITUCION SI TIENE SEGURO SALUD</b>								
<b>CONTRATO TRABAJO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> POR CUNTO TIEMPO:</b>								
<b>ADJUNTAR DECLARACION JURADA DEL TITULAR DONDE SE COMPROMETE SOLVENTAR PASAJE DE REGRESO A PAIS DE ORIGEN.</b>								
<b>5 NOMBRE COMPLETO JEFE O REPRESENTANTE Y TIMBRE DE LA MISION:</b>								
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"><b>_____</b></td> <td style="width: 33%;"><b>_____</b></td> <td style="width: 33%;"><b>_____</b></td> </tr> <tr> <td><b>FIRMA TITULAR FAP.</b></td> <td><b>FIRMA JEFE MISION O REPRESENTANTE</b></td> <td><b>JEFE ACREDITACIONES</b></td> </tr> </table>			<b>_____</b>	<b>_____</b>	<b>_____</b>	<b>FIRMA TITULAR FAP.</b>	<b>FIRMA JEFE MISION O REPRESENTANTE</b>	<b>JEFE ACREDITACIONES</b>
<b>_____</b>	<b>_____</b>	<b>_____</b>						
<b>FIRMA TITULAR FAP.</b>	<b>FIRMA JEFE MISION O REPRESENTANTE</b>	<b>JEFE ACREDITACIONES</b>						
<b>Presente Formulario Remitido por Nota N°</b>								
<b>De Fecha :</b>								