

## DECLARACIÓN SIMPLE

Respaldo conocimiento de Rol de Cuidador/a Principal de:

\_\_\_\_\_, cédula de identidad \_\_\_\_\_,

Respecto de la persona con discapacidad de nombre \_\_\_\_\_,

cédula de identidad \_\_\_\_\_.

Con domicilio en \_\_\_\_\_.

Datos de identificación profesional informante:

Nombre completo	
-----------------	--

Rut		Institución	
-----	--	-------------	--

Correo electrónico	
--------------------	--

Teléfono		Fecha	
----------	--	-------	--

.....

FIRMA Y TIMBRE