



Scuola Italiana Paritaria "Arturo Dell'Oro"

D.M.3176-08/04/2010 D. M.4632 - 28/10/2011 D.M.3132-27/04/2012

FORMULARIO SOLICITUD INCORPORACIÓN BECA SOSTENEDOR

DATOS DEL SOSTENEDOR

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES									
DIRECCIÓN / COMUNA																				FECHANACIMIENTO / /									
RUT										FONO										SEXO M F									
FECHAINGRESO / /										CORREO ELECTRÓNICO																			

ALUMNOS

RUT	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	PORCENTAJE

PRACTICA UD. ALGÚN DEPORTE?

NO

SI

FAVOR INDICAR CUÁL Y FRECUENCIA

PRACTICA UD. ALGUNA ACTIVIDAD RIESGOSA?

NO

SI

FAVOR INDICAR CUÁL Y FRECUENCIA

SE HACE PRESENTE QUE LOS DEPORTES Y ACTIVIDADES RIESGOSAS POR USTED DECLARADAS SÓLO SERÁN CUBIERTAS CUANDO EL COLEGIO LAS HAYA APROBADO DE FORMA EXPRESA.

DECLARACIÓN OBLIGATORIA SOBRE ENFERMEDADES PREEXISTENTES Y/O SITUACIONES DE SALUD PREEXISTENTES

(ESTA DECLARACIÓN Y ACEPTACIÓN ES DEL POSTULANTE A LA BECA)

ADVERTENCIA. LECTURA OBLIGATORIA

LISTADO GENÉRICO DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES Y DE SITUACIONES DE SALUD PREEXISTENTES SIN COBERTURA.

1 TUMORES	9 ENFERMEDADES RENALES	17 ENFERMEDADES DE LAS ARTICULACIONES	25 ENFERMEDADES SIQUIÁTRICAS
2 CÁNCER	10 ENFERMEDADES SIST. GENITOURINARIO	18 ENFERMEDADES MUSCULARES	26 ENFERMEDADES DEL OÍDO
3 ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES	11 ENFERMEDADES SISTEMA ENDOCRINO	19 ENFERMEDADES DE LA PIEL	27 ENFERMEDADES DE LA NARIZ
4 ENFERMEDADES SISTEMA RESPIRATORIO	12 ENFERMEDADES NUTRICIONALES	20 ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS	28 ENFERMEDADES DE LA BOCA
5 ENFERMEDADES SIST. CARDIOVASCULAR	13 ENFERMEDADES METABÓLICAS	21 ENFERMEDADES DE LA SANGRE	29 ENFERMEDADES DE LA GARGANTA
6 ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	14 ENFERMEDADES SISTEMA NERVIOSO	22 ENFERMEDADES DE LOS GANGLIOS	30 ENFERMEDADES DE LOS OJOS
7 ENFERMEDADES SISTEMA CIRCULATORIO	15 ENFERMEDADES INFECCIOSAS	23 ENFERMEDADES LINFÁTICAS	31 ENFERMEDADES SISTEMA ÓSEO
8 ENFERMEDADES SISTEMA DIGESTIVO	16 ENFERMEDADES PARASITARIAS	24 ENFERMEDADES MENTALES	32 OBESIDAD

DECLARACIÓN DE ENFERMEDADES

NOMBRE COMPLETO (POSTULANTE DEL SEGURO O MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR)	ENFERMEDAD O SITUACIÓN DE SALUD	FECHA DIAGNÓSTICO

FECHA

/ /

RUT

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FIRMA TITULAR

--