



Anexo 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MANEJO DE INFORMACIÓN Y RESPONSABILIDAD DEL(A) BENEFICIARIO(A) EN LA SOLICITUD DE AYUDA TÉCNICA 2018

En [redacted], a [redacted] de [redacted] de 2018

Yo (nombre completo) [redacted], Rut: [redacted] - [redacted], autorizo en calidad de **solicitante** **padre/madre** o **tutor legal** , al Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), para que tome conocimiento de los antecedentes médicos y socioeconómicos requeridos para la tramitación de la solicitud de financiamiento de ayuda(s) técnica(s), con el fin que sean utilizados en la evaluación, adquisición, entrega y proceso de seguimiento, respecto de la(s) ayuda(s) técnica(s) indicadas. Lo anterior, de acuerdo con la Ley N°19.628 sobre Protección de la Vida Privada, en el entendido que mis datos pueden ser procesados reservadamente, en conformidad con el artículo 10 de la Ley mencionada.

Soy responsable de la veracidad y exactitud de información que entrego al Servicio Nacional de la Discapacidad. Entiendo y asumo que, si los datos entregados no son fidedignos, se pueden producir errores en el proceso de solicitud de la ayuda técnica requerida, y en tal caso se libera a dicho Servicio de toda responsabilidad, en este sentido.

Finalmente, **me comprometo** tanto a mantener actualizados mis datos de contacto para la eventual entrega de la(s) ayuda(s) técnica(s) solicitada(s), así como, de utilizarla(s) y mantenerla(s) adecuadamente una vez recibida(s).

Importante: De no adjuntar este documento, [la solicitud será devuelta a la institución intermediaria](#), lo que generará un retraso en el eventual financiamiento de la(s) ayuda(s) técnica(s) solicitada(s).

[redacted]

FIRMA DE SOLICITANTE

NOMBRE: [redacted]

RUT: [redacted] - [redacted]

[redacted]

FIRMA DE PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

NOMBRE: [redacted]

RUT: [redacted] - [redacted]

Motivo por el cual el(la) solicitante no firma directamente dicho documento:

[redacted]