

**Libro III, Título XIII Archivo Centralizado de Expedientes de Calificación de Invalidez, Anexo**

**Anexo Retiro expedientes de invalidez**

---

N° DE EXPEDIENTE

**SOLICITANTE:**

AP. PATERNO	AP. MATERNO	NOMBRES
R.U.T.		

**FOLIOS:**

DESDE	HASTA	Rx N° PLACAS

**EXPEDIENTES ANTERIORES:**

SI	NO	CUANTOS?

<b>COMISION MEDICA REGIONAL</b>			
<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">NOMBRE REPRESENTANTE CMR.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>		NOMBRE REPRESENTANTE CMR.	
NOMBRE REPRESENTANTE CMR.			
<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">FECHA REVISION</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">  /   /  </td> </tr> </table>	FECHA REVISION	/   /	FIRMA Y TIMBRE C.M.R.
FECHA REVISION			
/   /			

<b>ADMINISTRADORA</b>			
<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">NOMBRE REPRESENTANTE A.F.P.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>		NOMBRE REPRESENTANTE A.F.P.	
NOMBRE REPRESENTANTE A.F.P.			
<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">FECHA RETIRO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">  /   /  </td> </tr> </table>	FECHA RETIRO	/   /	FIRMA Y TIMBRE A.F.P.
FECHA RETIRO			
/   /			

**DOCUMENTACION INCORPORADA AL EXPEDIENTE CON POSTERIORIDAD A SU RETIRO DE LA COMISION:**

FECHA INGRESO	DOCUMENTO

