



**SOLICITUD CAMBIO DE NOMBRE, CAMBIO ORDEN DE APELLIDOS Y/O RECTIFICACION DE NOMBRE Y SEXO REGISTRAL**

Estimado Director del Hospital Regional de Antofagasta, mediante el presente solicito dar curso a las modificaciones que a continuación se especifican:

<b>DATOS PERSONALES A MODIFICAR</b>						
<b>SELECCIONAR CON UNA "X" TIPO DE SOLICITUD</b>	<b>CAMBIO DE NOMBRES LEY 17.344/1970 - DFL N°1/2000</b>		<b>CAMBIO DE ORDEN DE APELLIDOS LEY 21.334/2021</b>		<b>RECTIFICACION DE NOMBRE Y SEXO REGISTRAL LEY 21.120/2018</b>	
<b>NOMBRE REGISTRAL ANTERIOR</b>						
<b>RUT</b>						
<b>NOMBRE REGISTRAL ACTUAL</b>						
<b>SELECCIONAR CON UNA "X" SEXO REGISTRAL ACTUAL</b>	MASCULINO			FEMENINO		
<b>SEÑALAR ESTAMENTO (Profesional, Técnico, Administrativo, Auxiliar)</b>						
<b>UNIDAD</b>						
<b>FECHA DE SOLICITUD</b>						
Se establece que:						
<ul style="list-style-type: none"><li>• La presente solicitud debe ser entregada en la Dirección de este establecimiento.</li><li>• Se debe adjuntar fotocopia de la nueva Cédula de Identidad por ambos lados, con los datos personales que fueron modificados.</li><li>• Se debe adjuntar Certificado de Nacimiento reciente, con los datos personales que fueron modificados.</li><li>• En el caso de no contar con los documentos mentados actualizados, no será posible dar curso a lo requerido.</li></ul>						

\_\_\_\_\_  
**Firma de persona solicitante**