**Poder simple para inscripción al EUNACOM-ST**

(Tu nombre)

Fecha:

Ciudad y País:

RUT/Pasaporte N°:

Mediante el presente documento faculto a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con Pasaporte/ RUT N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para que me represente ante EUNACOM y ASOFAMECh con el fin de presentar mis documentos para inscripción al Examen único Nacional de Conocimientos de Medicina.

Asimismo, doy poder a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para presentar mis documentos para su visado, en las entidades e instituciones chilenas que correspondan, en mi nombre.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma