

## Libro III, Título I, Letra D.1 Beneficios por Enfermedad Terminal

# Anexo N° 4 Solicitud de inscripción en el Registro Nacional de Profesionales de Apoyo al Consejo Médico y al Consejo Médico de Apelación

### SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PROFESIONALES DE APOYO AL CONSEJO MÉDICO Y AL CONSEJO MÉDICO DE APELACIÓN

\_\_\_\_\_  
Día Mes Año

SEÑOR (A) SUPERINTENDENTE DE PENSIONES,

Yo \_\_\_\_\_ (nombres y apellidos), cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_, de profesión \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, comuna de \_\_\_\_\_, ciudad de \_\_\_\_\_, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 21.309, del 2021, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, solicito mi inscripción en el Registro de Profesionales de Apoyo al Consejo Médico y Consejo Médico de Apelación, la que entiendo se concretará siempre que cumpla todos los requisitos correspondientes.

Para estos efectos, adjunto a la presente solicitud la documentación requerida que se establece en el Compendio de Normas del Sistema de Pensiones.

Por otra parte, informo que la (s) región (regiones) en que solicito registrarme es (son) la (s) siguiente (s):

NOMBRE	Marque con una "X"
REGIÓN DE ARICA Y PARINACOTA	
REGIÓN DE TARAPACÁ	
REGIÓN DE ANTOFAGASTA	
REGIÓN DE ATACAMA	
REGIÓN DE COQUIMBO	
REGIÓN DE VALPARAISO	
REGIÓN DEL LIBERTADOR GENERAL BERNARDO O'HIGGINS	
REGIÓN DEL MAULE	
REGIÓN DE ÑUBLE	
REGIÓN DEL BÍO - BÍO	
REGIÓN DE LA ARAUCANÍA	
REGIÓN DE LOS RÍOS	
REGIÓN DE LOS LAGOS	
REGIÓN AYSÉN DEL GENERAL CARLOS IBAÑEZ DEL CAMPO	
REGIÓN DE MAGALLANES Y LA ANTÁRTICA CHILENA	
REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO	

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

**Nota de Actualización:** Este Anexo fue agregado por la Norma de Carácter General N° 283, de fecha 16 de junio de 2021, la que introdujo la Letra D.1 a este Título I.