



## Solicitud de Préstamo Ayuda Técnica

Nombre: .....

Edad:..... Tipo de Ame:.....Grado discapacidad.....

Dirección:.....

Teléfono:..... Email:.....

Ayuda técnica solicitada:.....

.....

.....

Período estimado de préstamo:.....

Profesional de Salud que prescribe:.....

Nombre Representante del Paciente:.....

RUT ..... Fono:.....

Dirección:.....

Teléfono:..... Email:.....

Firma:.....