



REPUBLICA DE CHILE
I. MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

I.A. N° **18** /2014.-

ARICA, **28 DE MARZO DE 2014.-**

VISTOS:

- a) Ley Num. 20.590 que "Establece un Programa de Intervención en Zonas con Presencia de Polimetales en la Comuna de Arica"
- b) Reglamento de la Ley Num. 20.590, Art. 25, número 5)
- c) Las facultades que me confiere la Ley 18.695, Art. 12.

Se dicta la siguiente Instrucción Alcaldía:

INSTRUCCIÓN ALCALDIA

Los directores (as) de las escuelas o liceos bajo administración del Daem y los Cesfam u otras unidades de Salud bajo administración del Desamu emitirán los certificados previstos en el Art. 25, número 5, del Reglamento de la Ley N° 20.590, según el formato que se adjunta al presente instructivo.

Los certificados que se emitan deberán contar con folio correlativo y se guardará copia de los mismos en cada uno de los establecimientos educacionales o de salud que los hayan extendido según las disposiciones normativas relacionadas al archivo de documentos públicos.

Tendrán presente esta Instrucción Alcaldía la Dirección del DAEM, la Dirección del DESAMU y Secretaría Municipal.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHÍVESE.



**CARLOS CASTILLO GALLEGUILLOS
SECRETARIO MUNICIPAL**



**FERNANDO NUÑEZ JARAMILLO
ADMINISTRADOR MUNICIPAL**

FN//CCG/bcm.-

Folio N° _____

CERTIFICADO

Quien suscribe, don(a) _____, Director (a)
de la Escuela / Liceo _____ certifica que el
alumno (a) _____ cursó estudios en su
establecimiento educacional entre los años _____ y _____,
registrando en su ficha escolar el siguiente domicilio:

Se entrega el presente certificado en el marco de lo estipulado por la Ley
Num. 20.590 que "Establece un Programa de Intervención en Zonas con Presencia de
Polimetales en la Comuna de Arica" y su respectivo Reglamento.

(Nombre Director(a), Firma y Timbre)

Arica, (Fecha)

C.c. Archivo Dirección Escuela/Liceo (_____)



I MUNICIPALIDAD DE ARICA
DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL

Folio N° _____

CERTIFICADO

Quien suscribe, don(a) _____, Director (a)
del Centro de Salud _____ certifica que
(nombre usuario/a) _____ se encuentra
inscrito en este establecimiento de salud desde el año _____,
registrando en su ficha clínica el siguiente domicilio:

Se entrega el presente certificado en el marco de lo estipulado por la Ley
Num. 20.590 que "Establece un Programa de Intervención en Zonas con Presencia de
Polimetales en la Comuna de Arica" y su respectivo Reglamento.

(Nombre Director(a), Firma y Timbre)

Arica, (Fecha)

C.c. Archivo Dirección Centro Salud (_____)