



**DECLARACIÓN SIMPLE DE SALUD PARA EL AUTOSEGURO DE PERDIDA DE LICENCIA ASPCH.**

YO (Nombre Asociado): \_\_\_\_\_

**DECLARO NO PADECER, HABER PADECIDO O ESTAR EN ESTUDIO DE ALGUNA ENFERMEDAD O LESIÓN QUE NO ME PERMITA MANTENER MI LICENCIA DE PILOTOS COMERCIAL VIGENTE.**

Rut: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_