|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE : |  |
|  |  |
| RUT : |  |
|  |  |
| E-MAIL : |  |

Autorizo que la información anterior, sea entregada al Colegio de Abogados.

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

FIRMA