|  |  |
| --- | --- |
| 1. **ANTECEDENTES PERSONALES** | |
| **País y Ciudad de destino** |  |
| **Fecha de inicio y de regreso del viaje** |  |
| **Nombre completo viajero/a** |  |
| **Nacionalidad** |  |
| **RUT (Si aplica)** |  |
| **Nº Pasaporte (Doc. válido)** |  |
| **Lugar de emisión** |  |
| **Fecha de emisión/expiración** |  |
| **País de emisión** |  |
| **Fecha de nacimiento** |  |
| **Sexo** |  |
| **Dirección** |  |
| **Fono/Fax** |  |
| **E-mail** |  |
| **Visas (EEUU/Otros si aplica)** |  |
| **Lugar de emisión** |  |
| **Fecha de emisión/expiración** |  |
| 1. **PERSONA A SER NOTIFICADA EN CASO DE EMERGENCIA** | |
| **Nombre completo** |  |
| **Dirección** |  |
| **Fono(s)** |  |
| **E-mail** |  |
| **Parentesco** |  |
| 1. **ANTECEDENTES DE SALUD**   Declaro tener salud compatible para el desarrollo de las actividades declaradas en la Agenda de Asistencia Técnica y declaro el cumplimiento de los requisitos de ingreso al otro país en el marco de la pandemia COVID19. | |

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre Pasajero:**

Declaro que los datos declarados son verosímiles

**Vº Bº Coordinador de Proyecto**

**Nombre:**

**Firma:**