**DECLARACIÓN DE NO AFECTO A CAUSAL DE INHABILIDAD POR VINCULO DE PARENTESCO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre completo postulante | : | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Cédula de Identidad u Otro documento | : | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Cargo al que postula | : | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

**EXISTE GRADO DE PARENTESCO CON LOS FUNCIONARIOS O PERSONAL QUE PRESTA FUNCIONES DE CUALQUIER CARÁCTER EN LA …………………………………….** (indicar nombre de la Representación diplomática de Chile en el exterior)

SI [ ]  NO [x]

En caso de existir algún grado de parentesco (por consanguinidad o afinidad), señale:

Nombre funcionario :Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Cargo y grado :Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Relación de parentesco :Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

El **grado de consanguinidad** considera a: abuelos, padres, hijos (incluye adoptados), nietos, hermanos, tíos, primos hermanos.

El **grado de afinidad** está dado por: cónyuge, ascendientes legítimos del cónyuge (padres y abuelos), hijos del o de la cónyuge, cuñados.

Fecha, XX de XXXXX de 20XX.

Firma del postulante