



**ARMADA DE CHILE**  
Academia Politécnica Naval



Academia Politécnica Naval



**5 AÑOS** ACREDITADA  
NIVEL AVANZADO  
GESTIÓN INSTITUCIONAL  
DOCENCIA DE PREGRADO  
VINCULACIÓN CON EL MEDIO  
HASTA OCTUBRE 2028

**DECLARACIÓN SOLEMNE DE SALUD COMPATIBLE**

Yo, ....., con RUT / Documento de Identidad N° ..... declaro solemnemente que he tomado conocimiento de la exigencia física rigurosa que involucra mi participación en el Curso de Cuidados de Heridos en Combate – C4, impartido por la Armada de Chile y que me encuentro actualmente en buen estado de salud, dejando constancia de que no padezco de ninguna enfermedad aguda o crónica.

Asimismo y mediante el presente instrumento declaro, de corresponder, no estar cursando embarazo en ninguna de sus etapas, no teniendo impedimento alguno para desarrollar la ya mencionada actividad física.

Dejo constancia que es de mi conocimiento que en caso de no ser veraz lo declarado en este documento, libero a la Armada de Chile de cualquier responsabilidad que pudiere imputarse y quedo sujeto a las sanciones establecidas por la Ley.

Viña del Mar, .....de .....de 2024.-

.....

FIRMA