

Tipo de Solicitud	Fusión de Establecimientos
--------------------------	----------------------------

Oficio N°	
------------------	--

Fecha	
--------------	--

A : SECRETARIO REGIONAL MINISTERIAL DE EDUCACIÓN
REGIÓN DE COQUIMBO

DE :

REPRESENTANTE LEGAL

SOSTENEDOR

Teléfonos :

Correo Electrónico :

Comuna :

ESTABLECIMIENTOS A FUSIONAR

Primer Establecimiento

Nombre Establecimiento

Rol base de datos

Domicilio

Comuna

Segundo Establecimiento

Nombre Establecimiento

Rol base de datos

Domicilio

Comuna

Tercer Establecimiento (Sí corresponde)

Nombre Establecimiento

Rol base de datos

Domicilio

Comuna

SITUACION DE LOS LOCALES UNA VEZ AUTORIZADA LA FUSIÓN

El solicitante deberá individualizar claramente el establecimiento que adquirirá la calidad de principal, debido a que será este establecimiento el que mantendrá el reconocimiento oficial otorgado y el RBD.

Local Principal

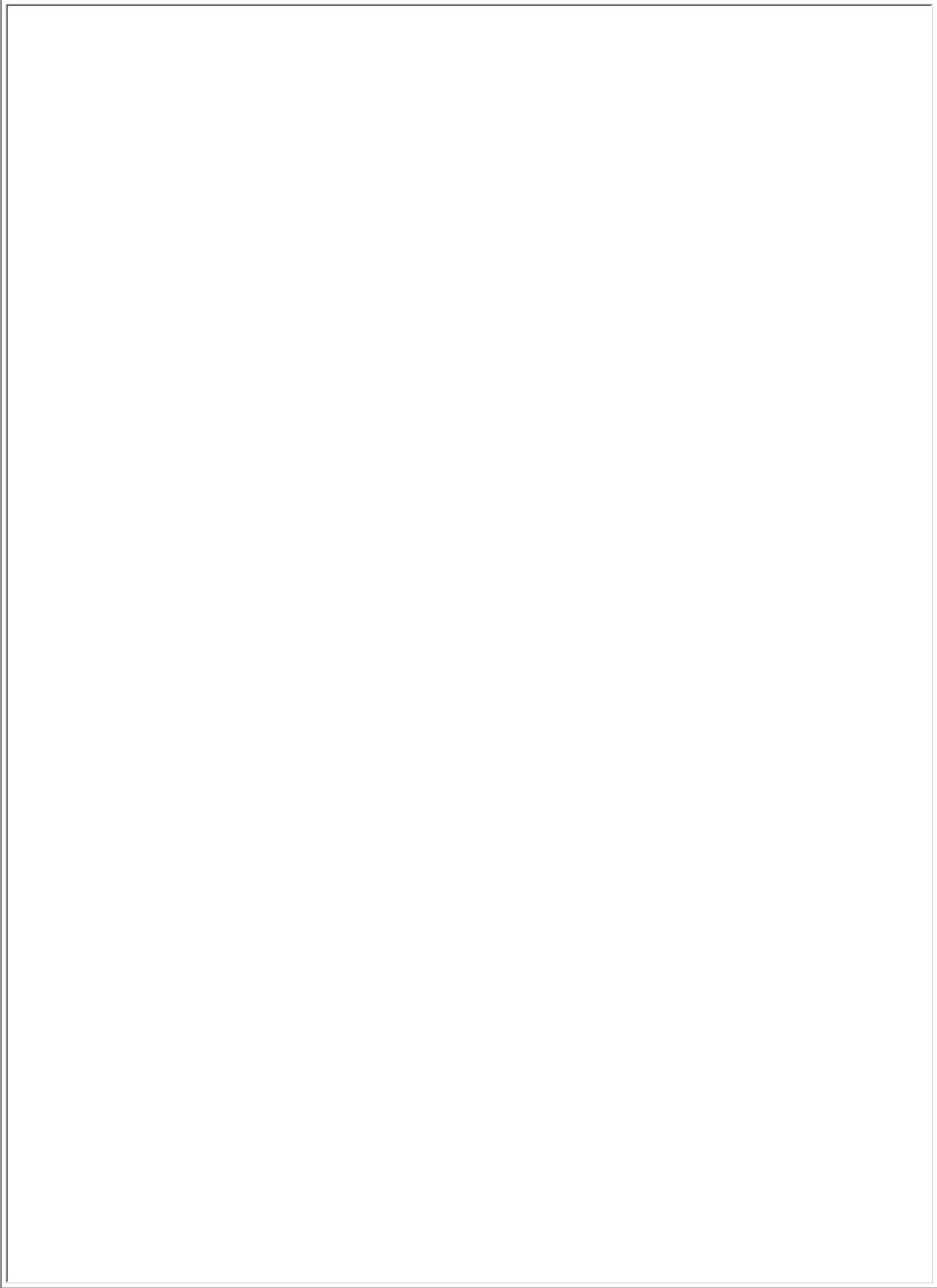
Nombre Establecimiento

Rol base de datos

Domicilio

Comuna

DOCUMENTOS ADJUNTOS:



Firma del Representante Legal