|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
|  |  | |
| **FECHA:** |  | |
|  |  | |
| Señores: | | |
| DIRECCION REGIONAL | | |
| INDAP REGION DE ANTOFAGASTA | | |
|  |  | |
|  |  | |
| Por medio de la presente, el(Los) abajo firmante(s), manifiesta(n) el consentimiento que de ser Aprobado SIN FINANCIAMIENTO el proyecto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Esta pueda ser presentado y/o financiado con fondos que la Dirección Regional, estime pertinentes. | | |
|  |  | |
| Firma del Representante: | |  | |
| Nombre del Representante: | |  | |
| Rut del Representante: | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |