|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
| **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: |  |
|  |  |
|  |  |