**DECLARACIÓN PRENATAL, POSTNATAL Y/O ENFERMEDAD DE UN(A) HIJO(A)**

Yo, (NOMBRE COMPLETO y RUT), mediante la presente, acredito el nacimiento de (Nombre/s y RUT) con fecha (día/mes/año) con la finalidad de que mi productividad científica sea evaluada a partir del año 2015 (inclusive) dada mi participación en el Plan de Desarrollo/Continuidad, dirigido por (Nombre Director/a) del Centro (de la Institución Principal) y postulado al CUARTO CONCURSO NACIONAL DE FINANCIAMIENTO BASAL PARA CENTROS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS DE EXCELENCIA 2021 ANID.

Junto a la presente, este mismo documento incluye el/los Certificado/s de Nacimiento correspondiente/s.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y FIRMA