

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo ....., con Cédula de Identidad N° .....  
....., hábil por derecho, en conocimiento del proceso de **Calificación de grado de Invalidez para el Desgravamen que debe ser igual o mayor al 60%**, de acuerdo a lo dispuesto en la **Resolución Administrativa APS/DS/N° 687-2016**, de 31 de mayo de 2016, que aprueba el “Reglamento del Seguro de Desgravamen Hipotecario”, he solicitado **mi calificación del Grado de Invalidez y presentado los documentos médicos correspondientes**; de cuya revisión se me ha informado que la puntuación alcanzada en mi evaluación/calificación médica, **no es igual o mayor al 60%; por lo que, doy mi consentimiento para continuar con el trámite**, para la emisión de un Certificado Médico que tiene la validez legal suficiente para realizar trámites; asimismo, deslindo al **Instituto Nacional de Salud Ocupacional - INSO** de toda responsabilidad o resultado que pudiera surgir durante los mismos.

Para constancia y fines consiguientes, firmo al pie del presente.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

ACLARACION DE NOMBRE: .....  
C.I. ....

Lugar y fecha: La Paz, .....