



SUBSECRETARÍA DE TELECOMUNICACIONES
DIVISIÓN CONCESIONES
DPTO. DE SERVICIOS DE RADIODIFUSIÓN - UNIDAD DE RADIOAFICIONADOS

Sr. Subsecretario de Telecomunicaciones
Presente

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN REQUERENTE (todos los campos son obligatorios)													
SEÑAL DISTINTIVA													
<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>					
Nº DE LICENCIA						DV		FECHA VENCIMIENTO LICENCIA					
<input type="text"/> - <input type="text"/>						<input type="text"/>		DÍA		MES		AÑO	
NOMBRES y APELLIDOS / INSTITUCIÓN													
<input type="text"/>													
RUT						DV		TELÉFONO DE CONTÁCTO					
<input type="text"/> - <input type="text"/>						<input type="text"/>							
CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO													
<input type="text"/>													
DIRECCIÓN: CALLE - NÚMERO - DPTO - OFICINA													
<input type="text"/>													
REGIÓN / PROVINCIA / COMUNA													
<input type="text"/>													

EQUIPO, ANTENA Y DUPLEXOR DE LA ESTACIÓN REPETIDORA NO ATENDIDA														
BANDA VHF	<input type="checkbox"/>	TIPO DE EMISIÓN		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						FREC Tx	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
BANDA UHF	<input type="checkbox"/>	SUBTONO		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						FREC Rx	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
POTENCIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				GANACIA ANTENA				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ALTURA MASTIL		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
DUPLEXOR	<input type="checkbox"/>													
MARCA ANTENA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						MODELO ANTENA			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
DATUM-84	<input type="checkbox"/>									GRUPO ELECTRÓGENO INDEPENDIENTE DE LA CANALIZACIÓN				
											SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Lea al dorso de este formulario, los antecedentes que debe incluir, según la solicitud que describe en esta sección.

DECLARO conocer las disposiciones reglamentarias del Servicio de Radioaficionados.
La presente declaración reemplaza el inventario anterior.

Fecha

La presente declaración reemplaza el inventario anterior.