



Consejo de
Calificación
Cinematográfica

Ministerio de
Educación

Gobierno de Chile

Nº DE SOLICITUD

FECHA DE SOLICITUD

SOLICITUD DE COPIAS DE CERTIFICADO

ANTECEDENTES DEL SOLICITANTE

NOMBRE DE LA EMPRESA

Nº DE COPIAS

SINOPSIS

PELÍCULA

FORMATO DE CERTIFICADO

(INDIQUE CON UNA X EL FORMATO)

VIDEO

DVD

35 M.M.

ANTECEDENTES DE LA PELÍCULA

TITULO ORIGINAL

TITULO COMERCIAL

DIRECTOR

ACTOR PRINCIPAL

DECLARO ESTAR PLENAMENTE CONFORME CON LA CALIFICACIÓN OTORGADA Y RENUNCIO A CUALQUIER RECURSO DE REPOSICIÓN O APELACIÓN QUE PUDIERE PROCEDER ANTE EL CONSEJO DE CALIFICACIÓN CINEMATOGRAFICA

DURACIÓN

FIRMA DEL SOLICITANTE

USO EXCLUSIVO DEL CONSEJO DE CALIFICACION CINEMATOGRAFICA

FECHA DE CALIFICACIÓN

Nº DE SESIÓN

CALIFICACIÓN OTORGADA

ORIENTACIÓN

DISTRIBUIDOR

FIRMA DEL OPERADOR