**N° Solicitud**



**Fecha de solicitud**

**Fecha de estreno**

**FORMULARIO DE SOLICITUD**

**DE COPIAS DE CERTIFICADO DE CALIFICACIÓN**

**1.- ANTECEDENTES DEL SOLICITANTE:**

• **Nombre :**

• **Teléfono :**

• **Correo Electrónico :**

• **Número de copias :**

• **Formato : DCP BLURAY PENDRIVE**

**(indique con una X el formato)**

**2.- ANTECEDENTES DEL MATERIAL:**

• **Título Original :**

• **Título Comercial :**

• **Nombre del Director(a) :**

• **Nombre del Productor(a) :**

• **Duración :**

**Película Sinopsis**

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma Solicitante**

USO EXCLUSIVO DEL CONSEJO DE CALIFICACIÓN CINEMATOGRÁFICA

Fecha de calificación Nº de sesión

Calificación otorgada

Orientación

Distribuidor

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma Operador**