





## 6. AUTORIDAD COMPETENTE DE FINLANDIA

Declaramos conforme al artículo 8° del Convenio

Estar de acuerdo

No estar de acuerdo

En que el trabajador antes citado, continúe sometido a la legislación de la Seguridad Social del país:

CHILE

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO  
AUTORIDAD COMPETENTE

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA

\_\_\_\_\_  
DIRECCION DE LA AUTORIDAD COMPETENTE  
( Calle, Número, Comuna, Código Postal, Ciudad, País, E-mail, Teléfono)

NOTA:

1. SE DEBE LLENAR EL CERTIFICADO A MAQUINA O CON LETRA IMPRENTA.