



SOLICITUD DE DESAFILIACIÓN A BIENESTAR

ANTECEDENTES DEL AFILIADO/A

APELLIDOS Y NOMBRES _____

RUT _____ ESTABLECIMIENTO _____ UNIDAD _____

DOMICILIO _____ COMUNA _____

FONO _____ CELULAR _____ EMAIL _____

Por medio del presente escrito y por cuanto no poseo compromiso de pago ni deuda alguna, solicito al Consejo Administrativo de Bienestar acepte mi renuncia voluntaria e informada por el siguiente motivo:

- Baja cobertura en prestaciones entregadas
- No poseer cargas familiares
- No recepción de beneficios
- Otras causales (especificar)

.....
.....
.....
.....

OBSERVACIONES

- Su solicitud será presentada en la reunión del Consejo Administrativo de Bienestar siguiente a la fecha de solicitud para fines de su aprobación.
- Los descuentos se suspenden al mes siguiente de aprobada la desafiliación por el Consejo Administrativo.

.....
FIRMA SOLICITANTE

JEFE DE BIENESTAR SST

PDTA. (D) CONSEJO ADM. BIENESTAR SST

FECHA DE SOLICITUD.....

USO EXCLUSIVO CONSEJO ADMINISTRATIVO BIENESTAR

- SOLICITUD AUTORIZADA
- SOLICITUD RECHAZADA
- EN REVISION

MOTIVO.....
.....