



SOLICITUD INGRESO SERVICIO BIENESTAR

Datos del/la Funcionario(a)

APELLIDOS Y NOMBRES _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ RUT _____ ESTADO CIVIL _____
DOMICILIO _____ COMUNA _____
FONO _____ CELULAR _____ EMAIL _____

Campos Exclusivos de Oficina del Personal

FECHA INICIO CONTRATO _____ CONTRATO TRANSITORIO: SI NO
FECHA TERMINO CONTRATO _____ FECHA SOLICITUD AFILIACION _____
CARGO _____ GRADO _____ TITULAR _____ CONTRATA _____ CODIGO DEL TRABAJO _____
UNIDAD DE TRABAJO _____ ESTABLECIMIENTO _____
RENTA IMPONIBLE \$ _____ PREVISION _____ PREVISION SALUD _____

Solicito ingresar al Servicio de Bienestar a partir del mes de..... del año.....

Declaro conocer el REGLAMENTO DE BIENESTAR, Acepto y Autorizo el descuento del 1,6% de mi renta mensual imponible, de las sumas correspondientes a prestaciones que reciba y a devoluciones de préstamos con sus respectivos intereses, como así mismo, cualquier otro compromiso que adquiera derivado de las disposiciones reglamentarias vigentes.

Dejo constancia que tengo reconocidas las siguientes cargas familiares:

	APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	RUN
1	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____

Certifico que todos los datos declarados en este formulario son exactos y verdaderos

Documento a adjuntar:

- Certificado de relación de servicios del último año

.....
FIRMA DEL FUNCIONARIO(A)

FIRMA Y TIMBRE ASISTENTE SOCIAL

FIRMA Y TIMBRE JEFE(A) OFICINA PERSONAL

PDTA. (D) CONSEJO ADM. BIENESTAR SST

JEFE BIENESTAR SST

FECHA DE SOLICITUD.....

USO EXCLUSIVO CONSEJO ADMINISTRATIVO BIENESTAR

- SOLICITUD AUTORIZADA
 SOLICITUD RECHAZADA
 EN REVISIÓN
 OBSERVACIÓN.....