

Servicio de Bienestar
Subsecretaría de las Culturas y las Artes
Ministerio de las Culturas, las Artes y el Patrimonio

SOLICITUD AFILIACION N° _____

FECHA SOLICITUD

ANTECEDENTES DEL / LA SOLICITANTE

<input type="text"/>			
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	FONASA <input type="checkbox"/>	ISAPRE <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____
RUT	Fecha de nacimiento	Institución de Salud	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Departamento / Dirección Regional	Escalafón	Grado	Calidad Jurídica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio Laboral		Comuna	Ciudad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cuenta Bancaria	Nº de cuenta	Banco	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio Particular		Comuna	Ciudad
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono Particular	Correo Electrónico		

Declaro conocer y aceptar las normas reglamentarias que rigen al Servicio de Bienestar y solicito al Consejo Administrativo tenga a bien aceptar mi incorporación en calidad de afiliado/a, a contar de ___/___/____.

Así mismo, autorizo al Servicio de Bienestar de acuerdo al Art. 6, letra a), b) y c) del REGLAMENTO DEL SERVICIO DE BIENESTAR DE LA SUBSECRETARÍA DE LAS CULTURAS Y LAS ARTES, a efectuar los descuentos correspondientes.

FIRMA DEL SOLICITANTE