

Fecha recepción Bienestar	
Recepcionado por	

SOLICITUD DE DESAFILIACION SERVICIO DE BIENESTAR SLEP CA

ANTECEDENTES DEL SOCIO/A:

Activo	
--------	--

Jubilado	
----------	--

Nombre y apellidos			
Cedula de identidad		teléfono	
Establecimiento socio/activo		Comuna	
Correo electrónico socio/a			

Calidad Jurica (marca con una X)	Estamento (marca con una X)
Asistente de la educación	Auxiliar
Código del trabajo	Administrativo
Estatuto administrativo	Técnico
	Profesional

Por medio del presente escrito y por cuanto no poseo compromiso de pago ni deuda alguna, solicito al Consejo Administrativo, aceptar mi desafiliación voluntaria como socio/a del Servicio de Bienestar, a contar del mes de de 20..... En razón a lo siguiente.

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

Declaro conocer el Reglamento General y particular de este Servicio, donde se establece que no se hará devolución de mis aportes realizados a la fecha y que esta solicitud se hará efectiva siempre que no mantenga deudas vigentes adquiridas por concepto de beneficios y convenios, entre otros.

En caso de reincorporación, declaro conocer que estaré sujeto a las mismas condiciones que se exigen para aquellos que ingresen por primera vez.

FIRMA SOLICITANTE

FIRMA ENCARGADO CONTABLE DE
BIENESTAR

FIRMA FUNCIONARIO BIENESTAR

USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE BIENESTAR

Aprobada	Rechazada	Fecha	Observaciones	V°B° SERVICIO DE BIENESTAR