

DECLARACIÓN JURADA SIMPLE PARA SUBSIDIO DE FALLECIMIENTO SOCIO/A SERVICIO DE BIENESTAR SLEPCA

ANTECEDENTES DEL SOCIO/A:

Activo

Jubilado

Yo _____ Rut _____

Establecimiento _____ Comuna _____

Conforme al Reglamento Particular del Servicio de Bienestar de Funcionarios del Servicio Local de Educación Pública Costa Araucanía, el cual hace mención al Subsidio por fallecimiento del afiliado/a en su artículo N°27, (de acuerdo a los recursos disponibles), declaro como beneficiario/a a la/as siguientes persona/s; en orden de prioridad.

| BENEFICIARIO 1 | |
|-------------------------|--|
| Nombre | |
| Rut | |
| teléfono de contacto | |
| Vínculo con el afiliado | |

| BENEFICIARIO 2 | |
|-------------------------|--|
| Nombre | |
| Rut | |
| teléfono de contacto | |
| Vínculo con el afiliado | |

| BENEFICIARIO 3 | |
|-------------------------|--|
| Nombre | |
| Rut | |
| teléfono de contacto | |
| Vínculo con el afiliado | |

FIRMA SOCIO/A DE BIENESTAR

Usos exclusivos Servicio de Bienestar

FECHA DE RECEPCION DE DOCUMENTO

FIRMA FUNCIONARIO BIENESTAR