**SOLICITUD DE INGRESO AL SISTEMA DE BIENESTAR**

MUNICIPALIDAD DE ALTO BIO BIO

FECHA DE SOLICITUD :...........................

FECHA DE INGRESO :...........................

**1.- ANTECEDENTES DEL AFILIADO**

Nombre : ...................................................................................

Rut : ...............................F. De nacimiento ......................

Domicilio :....................................................................................

Estado civil :.........................................fono...................................

Depto :......................................planta...............grado...........

Estudios :................................Asoc. Gremial..............................

**2.- Antecedentes cargas familiares**

Nombre :......................................................Rut :..........................

F. de nacimiento : ..............................Escolaridad.........................

Parentesco :............................................................................

Nombre :......................................................Rut :..........................

F. de nacimiento : ..............................Escolaridad.........................

Parentesco :............................................................................

Nombre :......................................................Rut :..........................

F. de nacimiento : ..............................Escolaridad.........................

Parentesco :............................................................................

Nombre :......................................................Rut :..........................

F. de nacimiento : ..............................Escolaridad.........................

Parentesco :............................................................................

**3.- EXPECTATIVAS DEL SISTEMA**

Autorizo al Sistema de Bienestar de la Municipalidad de Alto Bio Bio para que proceda a realizar los descuentos por concepto de cuotas sociales, préstamos de Salud, atenciones dentales, por convenio o cualquier otro compromiso contraído en que haya mediado el bienestar.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA