

| | | |
|------------------------------|--|--|
| Fecha | | |
| Nombre | | |
| Cédula de Identidad N° | | |
| Fecha de nacimiento | | |
| Cuenta Bancaria N° | | |
| Banco | | |
| Tipo de cuenta | | |
| Afiliado al Sistema de Salud | | |
| Correo electrónico | | |
| Dirección particular | | |
| Comuna | | |
| Región | | |
| Teléfono de contacto | | |
| Desempeña sus funciones en | | |
| Calidad Jurídica | | |
| Grado | | |
| Estamento | | |

Cargas legales reconocidas en la Institución¹

| N° | Cédula de Identidad | Nombre Completo | Parentesco | Fecha de Nac. o Matrimonio |
|----|---------------------|-----------------|------------|----------------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

¹ *Debe adjuntar copia de resoluciones de carga.

Autorizaciones

1. Autorizo al Servicio de Bienestar del Ministerio de Bienes Nacionales a efectuar el descuento del **1,5% como cuota de incorporación** (cobro por única vez) y del **2% mensual**, según el Reglamento aprobado por D.S. N° 164 del 31 de Octubre de 1995, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social y sus modificaciones.
2. Autorizo al Servicio de Bienestar a descontar, hasta su total cancelación, toda deuda contraída por préstamos o créditos con entidades con las cuales el Servicio tenga convenio.
3. Autorizo al Servicio de Bienestar a solicitar mis antecedentes personales al Departamento de Personal del Ministerio de Bienes Nacionales.
4. En caso de desafiliación voluntaria, me comprometo a dar aviso por escrito con **30 días de anticipación**, sin que ello me libere de cancelar las deudas pendientes.

Firma Postulante

V°B° Servicio Bienestar

Contacto: bienestar@mbienes.cl