

Fecha

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN A BIENESTAR

1.- ANTECEDENTES PERSONALES:

NOMBRE COMPLETO: _____
DIRECCIÓN: _____
CEDULA DE IDENTIDAD: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____
CENTRO DE COSTO: _____
CARGO: _____
TELÉFONO DE TRABAJO: _____ TELÉFONO PARTICULAR: _____
E-MAIL: _____

2.- CARGAS FAMILIARES (DEBIDAMENTE RECONOCIDAS EN LA ARAUCANA)

NOMBRE	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO

AFIRMO CONOCER EL REGLAMENTO DE BIENESTAR- COMUDEF Y AUTORIZO EL DESCUENTO POR PLANILLA EN LOS APORTES ORDINARIOS Y/O EXTRAORDINARIOS, ADEMÁS DE LOS QUE SE ORIGINEN POR COMPROMISOS O PRESTACIONES OTORGADAS POR BIENESTAR - COMUDEF. ADEMÁS AUTORIZO A MI EMPLEADOR, PARA QUE DESCUENTE DE LOS HABERES DE MI FINIQUITO EL SALDO QUE ADEUDO POR BENEFICIOS SOLICITADOS AL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR, EN CASO DE TÉRMINO DE MI RELACIÓN LABORAL CON LA CORPORACIÓN.

Firma del interesado (A)