



## CORPORACIÓN DE SALUD Y EDUCACIÓN

**MUNICIPALIDAD DE LA FLORIDA**  
REGIÓN METROPOLITANA



**FECHA**

## **CONSULTA Y/O SOLICITUD**

**SEÑORES  
DEPARTAMENTO DE PERSONAL DE COMUDEF  
PRESENTE**

YO: \_\_\_\_\_

**RUT:** \_\_\_\_\_

**CARGO/OCUPACIÓN:** \_\_\_\_\_

ESTABLECIMIENTO EN QUE PRESTA O PRESTÓ SERVICIOS: \_\_\_\_\_

TELÉFONO PARTICULAR: \_\_\_\_\_ RECADOS: \_\_\_\_\_ LABORAL: \_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_

## Agradeceré a ustedes:

**FIRMA SOLICITANTE**