



CORPORACIÓN
DE SALUD Y EDUCACIÓN

MUNICIPALIDAD DE LA FLORIDA
REGIÓN METROPOLITANA
CADA VEZ
MEJOR



FECHA PETICIÓN

--	--	--

SOLICITUD DE CERTIFICADO

NOMBRE : _____

RUT : _____

TELÉFONO : _____ MÓVIL : _____

CORREO ELECTRÓNICO : _____

CARGO / OCUPACIÓN : _____

ESTABLECIMIENTO : _____

FECHA INGRESO : _____ FECHA TÉRMINO : _____

SOLICITUD DE CERTIFICADO :

REMUNERACIONES

ANTIGÜEDAD

PARA SER PRESENTADO EN: _____

(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE VA A PRESENTAR EL CERTIFICADO)

FIRMA SOLICITANTE