



**SOLICITUD DE CONTINUIDAD EN EL SERVICIO DE BIENESTAR**

**PARA AFILIADA(O) PASIVA(O)**

**SEÑORES  
COMITÉ DE BIENESTAR MUNICIPAL  
PRESENTE**

Junto con saludarles cordialmente y en virtud de lo establecido en el Reglamento de Bienestar de la I. Municipalidad de Chillán, presento antecedentes que son fidedignos, por lo que asumo la responsabilidad, expreso asimismo el deseo de acogerme a todos los beneficios del sistema de Prestaciones de Bienestar y cumplir las obligaciones.

Es por lo anterior, que solicito la continuidad como afiliada (o) pasiva (o) al sistema de prestaciones de Bienestar de la Municipalidad de Chillán, para cuyos efectos proporciono los siguientes antecedentes.

**ANTECEDENTE PERSONALES**

<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>	<b>NOMBRES</b>

<b>RUT.</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		<b>ESTADO CIVIL</b>

<b>SISTEMA DE SALUD</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>

<b>DOMICILIO</b>	<b>TÉLFONO FIJO</b>	<b>TÉLFONO CÉLULAR</b>

\_\_\_\_\_ **FIRMA DEL SOLICITANTE**

**CHILLÁN, ..... de 20....**

**USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR**

**ACEPTADA/O:**

**RECHAZADA/O:**

OBSERVACIÓN: _____ _____
-----------------------------

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**FIRMA BIENESTAR:** \_\_\_\_\_