



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SISTEMA DE BIENESTAR
DEPARTAMENTO ADMINISTRADOR DE BENEFICIOS DEL BIENESTAR DEL PERSONAL

NOMBRE:

RUT:

UNIDAD:

Marque la alternativa que corresponda:

ACADÉMICO

ADMINISTRACIÓN

SERVICIOS

TELÉFONO FIJO:

CELULAR:

ANEXO PUCV:

MAIL:

INSCRIPCIÓN DE CARGAS FAMILIARES (CARGAS ACREDITADAS EN LA UNIVERSIDAD):

NOMBRE CONYUGE:

NOMBRE HIJOS:

Solicito se me incluya como socio en el Sistema De Bienestar del Personal de la PUCV, y por lo tanto, Autorizo se me descuenta el % que corresponde a la "Tabla Porcentaje Aporte Decreciente por Tramos" a contar del mes de: _____, siempre y cuando el presente documento **sea presentado antes del día 12 del mes señalado**. De lo contrario el descuento se aplicará a partir del mes siguiente.

FIRMA SOLICITUD: _____

RECEPCIÓN:
DÍA MES AÑO

CONFIRMACIÓN RECEPCIÓN DAB

TIMBRE:

FECHA:
DÍA MES AÑO

Casa Central

Av. Brasil 2950, Valparaíso - Chile
Tel.: (56-32) 227 3000 - 227 3078
Fax: (56-32) 221 2746
Casilla: 4059