SOLICITUD DE DESAFILIACION AL SERVICIO DE BIENESTAR SLEP ANDALIEN SUR

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ANTECEDENTES DEL SOCIO/A: | Activo |  |  | Jubilado |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellidos |  |
| Cedula de Identidad |  | teléfono |  |
| Establecimiento socio/activo |  | Comuna |  |
| Correo electrónico socio/a |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Calidad Jurídica (marca con una X) |  | Estamento (marca con una X) |
| Asistente de la educación |  | Auxiliar |  |
| Código del trabajo |  | Administrativo |  |
| Estatuto administrativo |  | Técnico |  |
| Profesional |  |

Por medio del presente escrito y por cuanto no poseo compromiso de pago ni deuda alguna, solicito al Consejo Administrativo, aceptar mi desafiliación voluntaria como socio/a del Servicio de Bienestar, a contar del mes de

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_ En razón a lo siguiente.

|  |
| --- |
| Baja cobertura en prestaciones entregadas |
| No poseer cargas familiares |
| No recepción de beneficios |
| Otras causales (especificar) |

Declaro conocer el Reglamento General y particular de este Servicio, donde se establece que no se hará devolución de mis aportes realizados a la fecha y que esta solicitud se hará efectiva siempre que no mantenga deudas vigentes adquiridas por concepto de beneficios y convenios, entre otros.

En caso de reincorporación, declaro conocer que estaré sujeto a las mismas condiciones que se exigen para aquellos que ingresen por primera vez.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FIRMA SOCIO/A DE BIENESTAR |  | FIRMA FUNCIONARIO BIENESTAR |

USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE BIENESTAR

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Aprobada | Rechazada | Fecha | Observaciones | V°B° SERVICIO DE BIENESTAR |
|  |  |  |  |