

# Bienestar del Personal

## Solicitud de Afiliación

Yo \_\_\_\_\_  
 Rut \_\_\_\_\_  
 Escolaridad o Título \_\_\_\_\_  
 Facultad \_\_\_\_\_  
 Escuela/Instituto/Dpto. \_\_\_\_\_  
 Fecha de Ingreso \_\_\_\_\_  
 Domicilio Particular \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_  
 Fono Particular \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 FONASA / Isapre \_\_\_\_\_  
 E mail: .....

Vengo a solicitar se acepte mi afiliación al Servicio de Bienestar del Personal, haciendo extensivos los beneficios a las cargas familiares reconocidas **y declaro conocer el Reglamento que lo rige, el que se encuentra publicado en la página web: [www.uv.cl/bienestarpersonal](http://www.uv.cl/bienestarpersonal)**

La remuneración imponible de Jornada Parcial, se convierte en Jornada Completa para todos estos efectos.

Autorizo al servicio, para que ordene descontar de mi remuneración imponible el 1,8% como cuota de incorporación (por única vez), y el 1.8% cuota correspondiente al mes respectivo.

**Me comprometo además a dar aviso oportuno al Servicio de Bienestar del Personal, ante permiso sin sueldo o renuncia a la Universidad.**

.....  
**FIRMA**

**Cargas Familiares Reconocidas:**

NOMBRE	RUT	PARENTESCO	FECHA DE NAC

Declaro que los datos proporcionados son reales, aceptando las sanciones administrativas y/o legales, que puedan ocasionar el falseamiento de estos.

**Valparaíso,.....**

# Bienestar del Personal

## Solicitud de Afiliación

### Solicitud Codeudores Solidarios Generales

YO,.....

Por este instrumento, vengo en presentar al departamento de bienestar del personal de la universidad de Valparaíso, los codeudores solidarios, y poder optar a los beneficios del mismo. Declaro además, asumir la total responsabilidad legal y administrativa, respecto de la veracidad de los antecedentes proporcionados en el presente formulario y que a continuación expongo.

RUT \_\_\_\_\_ CARGO \_\_\_\_\_  
FONO \_\_\_\_\_ FAC./SERV \_\_\_\_\_

.....  
**FIRMA DEL SOCIO**

Por el presente vengo en constituirme en fiador y codeudor de las obligaciones que contraiga con el departamento de bienestar del personal, el socio señor (a) (ita) individualizado anteriormente.

Nombre	_____	Nombre	_____
Apellido	_____	Apellido	_____
Rut	_____	Rut	_____
Cargo/Grado	_____	Cargo/Grado	_____

.....  
**FIRMA**

.....  
**FIRMA**

Valparaíso,