

REPUBLICA DE CHILE  
 PROVINCIA DE LINARES  
 MUNICIPALIDAD DE LINARES  
 DIRECCION ADM. Y FINANZAS  
 DEPTO RECURSOS HUMANOS  
 SERVICIO DE BIENESTAR

FORMULARIO SOLICITUD DE PRESTAMO  
SERVICIO DE BIENESTAR

FECHA SOLICITUD: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DEPTO \_\_\_\_\_

CALIDAD JURIDICA: PLANTA\_\_\_ CONTRATA\_\_\_ DAEM\_\_\_ SALUD\_\_\_ MEDICO PSIC\_\_\_

PRESTAMO QUE SOLICITA:

CUOTAS

PRESTAMO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AUXILIO										
MEDICO										
HABITACIONAL										

MONTO: \$ \_\_\_\_\_

MOTIVO POR EL CUAL SOLICITA EL PRESTAMO (Para préstamos médicos y habitacional)

NOMBRE Y FIRMA DEL AVAL O CODEUDOR (Para personas a contrata o contrato a plazo fijo)

NOMBRE	FIRMA

ANTECEDENTES QUE ACOMPAÑAN LA SOLICITUD

- \_\_\_ ORDEN DE EXAMEN O CERTIFICADO MEDICO TRATANTE
- \_\_\_ CERTIFICADO ASISTENTE SOCIAL
- \_\_\_ CERTIFICADO SUBSIDIO HABITACIONAL O DOCUMENTO EMITIDO POR ENTIDAD FINANCIERA BANCARIA
- \_\_\_ LIQUIDACION DE SUELDO
- \_\_\_ OTROS

\_\_\_\_\_  
 FIRMA SOLICITANTE

VºBº  
 SECRETARIO EJECUTIVO SERV. BIENESTAR

VºBº ENCARGADA BIENESTAR

USO SERVICIO DE BIENESTAR

FECHA Y HORA RECEPCION		
FECHA Y HORA ENTREGA DE LA SOLICITUD		