

MUNICIPALIDAD DE LINARES DEPARTAMENTO RECURSOS HUMANOS SECCION BIENESTAR











FORMULARIO SOLICITUD DE PRESTAMO

# SERVICIO DE BIENESTAR

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

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

N° DE RUT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CALIDAD JURIDICA: PLANTA\_\_\_\_CONTRATA\_\_\_\_DAEM\_\_\_\_SALUD\_\_\_ JUBILADO/A\_\_\_\_

 **C U O T A S**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRESTAMO**  | **1**  | **2**  | **3**  | **4**  | **5**  | **6**  | **7**  | **8**  | **9**  | **10**  |
| AUXILIO  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |

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

**NOTA: EL MONTO MÁXIMO A SOLICITAR ES DE $ 450.000= Y ESTE PRÉSTAMO TIENE UN INTERES DEL 5%.**

|  |
| --- |
|     |

ANTECEDENTES QUE ACOMPAÑAN LA SOLICITUD

\_\_\_\_\_\_ 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 ENCARGADO BIENESTAR