

MUNICIPALIDAD DE LINARES DEPARTAMENTO RECURSOS HUMANOS SECCION BIENESTAR



FORMULARIO SOLICITUD DE PRESTAMO

# SERVICIO DE BIENESTAR

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

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

DEPTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CALIDAD JURIDICA: PLANTA\_\_\_\_CONTRATA\_\_\_\_DAEM\_\_\_\_SALUD\_\_\_

PRESTAMO QUE SOLICITA:

C U O T A S

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

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

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

|  |
| --- |
|  |

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 ENCARGADO BIENESTAR