

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