

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