



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:

CUOTAS

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

