



FORMULARIO DE SUGERENCIAS Y/O PROPUESTAS SERVICIO DE BIENESTAR

FECHA: _____

NOMBRE: _____

Nº DE RUT: _____

DEPARTAMENTO: _____

CALIDAD JURIDICA: PLANTA___CONTRATA___DAEM___SALUD___ JUBILADO/A___

FIRMA

NOTA: Una vez haya completado este formulario por favor hacerlo llegar vía correo electrónico a serviciobienestar@corporacionlinares.cl, o en forma física a oficina de Servicio Bienestar Municipal.

Sus inquietudes serán comunicadas al Directorio del Servicio Bienestar Municipal