

REPUBLICA DE CHILE
PROVINCIA DE LINARES
MUNICIPALIDAD DE LINARES
DIRECCION ADM. Y FINANZAS
DEPTO RECURSOS HUMANOS
SERVICIO DE BIENESTAR

FORMULARIO SOLICITUD DE PRESTAMO
SERVICIO DE BIENESTAR

FECHA SOLICITUD: _____

NOMBRE: _____

DEPTO _____

CALIDAD JURIDICA: PLANTA _____ CONTRATA _____ DAEM _____ SALUD _____ MEDICO PSIC _____

PRESTAMO QUE SOLICITA:

CUOTAS

PRESTAMO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AUXILIO										
MEDICO										
HABITACIONAL										

MONTO: \$ _____

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

--

NOMBRE Y FIRMA DEL AVAL O CODEUDOR (Para personas a contrata o contrato a plazo fijo)

NOMBRE	FIRMA

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 ENCARGADA BIENESTAR

USO SERVICIO DE BIENESTAR

FECHA Y HORA RECEPCION		
FECHA Y HORA ENTREGA DE LA SOLICITUD		