



UNIVERSIDAD DE MAGALLANES
Servicio de Bienestar del Personal

SOLICITUD DE DESAFILIACION

DATOS PERSONALES

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

Rol Único Nacional

Ingreso Bienestar

Calidad Jurídica y Grado

Planta Grado _____

Contrata Grado _____

Cargo	Vicerrectoria /Facultad	Departamento

Solicita al Consejo Administrativo aceptar su renuncia a la calidad de afiliado al Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de Magallanes, a contar de _____ de _____ de _____, por las razones que a continuación expone:

Día	Mes	Año

Firma Solicitante

USO EXCLUSIVO BIENESTAR DEL PERSONAL	
Resolución	
<input type="checkbox"/> Aceptada a partir del ____ de _____ de _____. <input type="checkbox"/> Rechazada	
Observaciones	V°B°