

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN  
SOCIO/A PASIVO**

**1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL**

|           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|--|
| RUT       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | CONTACTO TELEFONICO |  |  |  |  | FECHA NACIMIENTO |  |  |  |  |  |
|           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | -                   |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| NOMBRE    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | APELLIDO PATERNO    |  |  |  |  | APELLIDO MATERNO |  |  |  |  |  |
| DIRECCIÓN |  |  |  |  |  |  |  |  |  | CIUDAD              |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |

Solicito al Concejo Administrativo su incorporación como socio/a pasivo, para cuyos efectos proporciono los siguientes antecedentes:

|              |                  |                     |                  |
|--------------|------------------|---------------------|------------------|
| FECHA RETIRO | AÑOS DE SERVICIO | SISTEMA PREVISIONAL | SISTEMA DE SALUD |
|              |                  |                     |                  |

Los datos expuestos son fidedignos, por lo que asumo a su respecto toda mi responsabilidad.

Declaro conocer el Reglamento que rige al Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de Magallanes, expreso mi respeto y acatamiento a todos sus artículos, el estricto cumplimiento a la normativa vigente y al principio de Probidad Administrativa para la obtención de beneficios.

|                   |
|-------------------|
| FIRMA SOLICITANTE |
|                   |

|                                      |      |
|--------------------------------------|------|
| OBSERVACIONES                        | V°B° |
| USO EXCLUSIVO BIENESTAR DEL PERSONAL |      |
|                                      |      |

FECHA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_