

**SOLICITUD DE DESAFILIACIÓN**

**1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL**

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

CALIDAD JURÍDICA Y GRADO														
<input type="checkbox"/> PLANTA / GRADO _____							<input type="checkbox"/> CONTRATA / GRADO _____							
FECHA INGRESO BIENESTAR			CARGO				VICERRECTORIA/FACULTAD				DEPTO./SERVICIO			

Solicito al Concejo Administrativo aceptar la renuncia de mi calidad de afiliado/a del Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de Magallanes, a contar del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, por las razones que a continuación se expone:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>FIRMA SOLICITANTE</b>

<b>OBSERVACIONES</b>	
<b>USO EXCLUSIVO BIENESTAR DEL PERSONAL</b>	<b>V°B°</b>

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