

SERVICIO DE BIENESTAR DIBAM

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

FECHA _____

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

R.U.T.: _____	FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____	
ESTADO CIVIL: SOLTERO <input type="checkbox"/>	CASADO <input type="checkbox"/>	VIUDO <input type="checkbox"/>
OTRO <input type="checkbox"/>		
DOMICILIO PARTICULAR: _____		
TELÉFONO: _____	REGIÓN: _____	
Nº CUENTA BANCARIA PARA DEPÓSITOS DEL SEGURO COMPLEMENTARIO: _____		
REGIMEN PREVISIONAL: INP <input type="checkbox"/>	AFP <input type="checkbox"/>	(NOMBRE) _____
SISTEMA DE SALUD: FONASA <input type="checkbox"/>	ISAPRE <input type="checkbox"/>	(NOMBRE) _____

ANTECEDENTES DE LA DIBAM

FECHA DE INGRESO A DIBAM: ____/____/____	GRADO <input type="checkbox"/>	PLANTA <input type="checkbox"/>	CONTRATA <input type="checkbox"/>
DIRECTIVO <input type="checkbox"/>	PROFESIONAL <input type="checkbox"/>	TÉCNICO <input type="checkbox"/>	ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/>
AUXILIAR <input type="checkbox"/>			
DESTACADO EN: _____			
DIRECCIÓN Y TELÉFONO: _____			

Nº DE CARGAS FAMILIARES RECONOCIDAS EN LA DIBAM

R.U.T.	AP. PATERNO	AP. MATERNO	NOMBRES	F.NAC.	PARENTESCO	F. TERMINO CARGA

- a) Declaro conocer los fines del Servicio de Bienestar de la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos y me comprometo a cumplir fielmente su Reglamento, y acuerdos del Consejo Administrativo y de la Asamblea General y, a mantener actualizados todos los antecedentes presentados.
- b) Solicito ser incorporado como afiliado al SERBIDIBAM. Autorizo a mi empleador para que efectúe el descuento de mi remuneración los aportes y cuotas mensuales que correspondan.

FIRMA DEL SOLICITANTE

USO EXCLUSIVO CONSEJO ADMINISTRATIVO SERBIDIBAM

CON FECHA _____ SE ACEPTO SE RECHAZO