



San Joaquín, _____ / _____ / _____

**FORMULARIO INCORPORACION
SISTEMA DE BIENESTAR APS – SAN JOAQUIN**

Yo, _____,
(Nombre y apellido)

Declaro ser funcionario de la Corporación Municipal de Desarrollo Social de San Joaquín, desempeñando funciones en _____
_____, Categoría: _____, RUT: _____,
(Mencionar lugar de trabajo)

Cargo: _____, e-mail: _____

Fecha de Nacimiento: _____, Estado Civil: _____

Teléfono de contacto: _____, Celular: _____

Dirección Particular: _____ Comuna: _____

Antecedentes Familiares: (Padres, Conyugue, Pareja, Hij@s)

Nombres	Apellidos	RUT	Edad	F. de Nacimiento	Parentesco

Una vez inscrita a sus cargas no se puede modificar.

En base a la información entregada en este documento, deseo solicitar de forma voluntaria mi incorporación como afiliado al Sistema de Bienestar de Salud y declaro conocer y aceptar el reglamento vigente, el cual rige al Servicio de Bienestar de Salud de la Corporación Municipal.

Autorizo a la Corporación Municipal de Desarrollo Social de San Joaquín, a descontar mensualmente por planilla el 1% de mi remuneración base imponible, así como los aportes extraordinarios o cualquiera que se origine por compromisos, prestaciones o créditos otorgados por el Servicio de Bienestar.

De igual forma, autorizo a mi empleador realizar descuentos a mi finiquito si existieran saldos adeudados al Servicio de Bienestar, de producirse el término de mi relación laboral con la Corporación Municipal de Desarrollo Social de San Joaquín.

Firma Funcionario de Salud

Firma Encargado de Bienestar APS