

Puente Alto, ____/____/____

**FORMULARIO DE
"Solicitud de Beneficio"**

Yo: _____.

(Nombre y apellido)

Declaro ser funcionario de la Corporación de Salud de Puente Alto, desempeñando funciones en el Centro de Salud: _____.

RUT	
CORREO ELECTRONICO	
CELULAR / TELEFONO	
DIRECCION PARTICULAR	
COMUNA	

Por medio de este documento deseo realizar la solicitud de acceso al beneficio de:

- ☐ Asignación de Nacimiento (1, 2)
☐ Asignación de Matrimonio (1, 5)
☐ Asignación de Fallecimiento (1, 2, 4)
☐ Otro, Especificar: _____

1. ANTECEDENTES QUE DEBE PRESENTAR

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1.- Fotocopia de Cedula de Identidad. | <input type="checkbox"/> 4. Certificado de Defunción. |
| <input type="checkbox"/> 2.- Certificado de Nacimiento. | <input type="checkbox"/> 5. Certificado de Matrimonio. |
| <input type="checkbox"/> 3.- Poder Simple de Representación. | <input type="checkbox"/> 6. Otro, especificar: _____. |

Cabe destacar que los documentos solicitados son de **requisito obligatorio** a presentar

Firma Afiliado de Bienestar APS