

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: \_\_\_\_\_.

<b>RUT</b>	
<b>CORREO ELECTRONICO</b>	
<b>CELULAR / TELEFONO</b>	
<b>DIRECCION PARTICULAR</b>	
<b>COMUNA</b>	

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