

**DESIGNACIÓN BENEFICIARIO/A DE AYUDA SOCIAL
POR FALLECIMIENTO DE AFILIADO/A****NOMBRE AFILIADO/A** : _____**RUN** : _____

Afiliado/a al Departamento de Bienestar del Personal de la Universidad de Santiago de Chile, designa como Beneficiario/a de la **AYUDA SOCIAL POR FALLECIMIENTO** a:

NOMBRE BENEFICIARIO/A : _____**RUN BENEFICIARIO/A** : _____**RELACIÓN** : _____**TELÉFONO** : _____**CORREO** : _____

FIRMA AFILIADO/A