

**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

