

CEREDE
Departamento de Bienestar del Personal

Fecha solicitud: _____

Nombre: _____

Rut: _____ Teléfono: _____ E-Mail: _____

Unidad: _____ Grado: _____

Período: _____ Total (\$): _____ Cuotas: _____

FIRMA AFILIADO

SOLIDARIOS CODEUDORES

Nombre: _____

Nombre: _____

RUT: _____

RUT: _____

Unidad: _____

Unidad: _____

Fono: _____

Fono: _____

FIRMA CODEUDOR

FIRMA CODEUDOR

TOMO CONOCIMIENTO QUE, AL FIRMAR COMO CODEUDOR, asumo la deuda del titular en caso de que él no pueda cumplir con sus compromisos, no importando cuál sea el motivo. La deuda se descontará en partes iguales a los dos codeudores, en la cantidad de meses que se encuentren pactadas.

Nota: Este documento tendrá vigencia sólo durante el periodo señalado en esta solicitud.

La firma de los codeudores, debe ser de puño y letra.

DEPARTAMENTO DE BIENESTAR DEL PERSONAL
VICERRECTORÍA DE CALIDAD DE VIDA, GÉNERO, EQUIDAD Y DIVERSIDAD
UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE
Av. Libertador Bernardo O'Higgins nº3363 - Estación Central - Santiago – Chile
www.usach.cl

