

SOLICITUD DE RENUNCIA

Departamento de Bienestar del Personal - Sección Beneficios

Fecha solicitud: _____

NOMBRE _____

RUT _____ TELÉFONO _____ CORREO _____

UNIDAD _____ ESCALAFÓN _____ GRADO _____

Solicito al Consejo General de la Unidad de Bienestar del Personal de la Universidad de Santiago de Chile, acepte mi renuncia a la calidad de afiliada/o de este Departamento a contar del _____ por las razones que a continuación se exponen:

FIRMA AFILIADO/A**INFORME DE LA SECCIÓN FINANZAS**

Se deja constancia que don (a) _____

adeuda la suma de \$ _____

FECHA_____
FIRMA JEFE/A SECCIÓN**RESOLUCIÓN DEL CONSEJO**

El Consejo General de Administración, en sesión del _____ de _____ de _____.

AUTORIZA - RECHAZA la desafiliación a contar del _____.

Fecha_____
Firma Jefe/a
Departamento de Bienestar Personal