

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

I. IDENTIFICACIÓN DEL/DE LA AFILIADO/A

CÉDULA IDENTIDAD	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE
CARGO	ESTAMENTO	GRADO	ANEXO

MEDIANTE EL PRESENTE INSTRUMENTO, QUIEN SUSCRIBE, OTORGA EXPRESAMENTE AUTORIZACIÓN AL SERVICIO DE BIENESTAR DEL PERSONAL DEL GOBIERNO REGIONAL Y/O AL GOBIERNO REGIONAL REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO, PARA QUE DESCUENTE DE MIS REMUNERACIONES, INDEMNIZACIÓN O BONIFICACIÓN QUE PUDIESE CORRESPONDERME A CUALQUIER TÍTULO, EL PRÉSTAMO QUE SE SEÑALA A CONTINUACIÓN:

RESOLUCIÓN N°	FECHA	MONTO	N° CUOTAS

DECLARO, ADEMÁS, QUE RENUNCIO A CUALQUIER ACCIÓN JUDICIAL, EXTRAJUDICIAL O RECLAMO DE CUALQUIER NATURALEZA DEL QUE PUDIESE SER TITULAR.

FIRMA AFILIADO/A DEUDOR/A

FECHA: SANTIAGO,