AFUCH
SERVICIOS CENTRALES

Asociación de Funcionarios
de los Servicios Centrales Universidad de Chile
Diagonal Paraguay Nº 265 Of.505 Santiago
Fono: 22978 2014 - E-mail: afuchsce@gmail.com
RAF N° 93010129 Inspección del Trabajo

ESTIMADO FUNCIONARIO:

La Asociación de Servicios Centrales de la Universidad de Chile, te invita a formar parte de nuestro Gremio, que integra a las y los funcionarios de: Servicios Centrales, Facultades de Arquitectura, Artes, Derecho y Gobierno; el IEI, CEAC, DEMRE, IEAI y CIAE.

"Un gremio fuerte se construye con la participación de todas y todos. Cada voz cuenta. Con tu participación activa y tu apoyo, las y los dirigentes podemos respaldar las demandas colectivas y hacer realidad los proyectos que van en directo beneficio de todas y todos los asociados"

Nombre Completo _____
Nombres Ap. Paterno Ap. Materno

Facultad/Instituto u otro: _____ **Serv./Depto.:** _____

R. U. T. _____ Correo @: _____

Celular: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Es importante que usted llene este recuadro, favor no omita antecedentes.
De preferencia llene el formulario con letra de imprenta.

A U T O R I Z A C I O N D E S C U E N T O C U O T A S O C I O (A)

AUTORIZO el descuento por planilla del 0,5 % mensual de mi Sueldo Base, como Cuota Social Obligatoria, a favor de la "Asociación de Funcionarios de los Servicios Centrales de la Universidad de Chile". Este descuento se divide en 40% Para FENAFUCH Y 60% para AFUCHSCEN,RAF N° 93 - 01-0129.

En este acto, también autorizo el descuento en otra glosa, por cualquier deuda pendiente con la Asociación. si decido renunciar o cambiar a otra Asociación con posterioridad.

_____
F I R M A

Santiago, ... de ..... .202

A U T O R I Z A C I O N A L F O N D O S O L I D A R I O

AUTORIZO el descuento por planilla del 0,8 % mensual de mi sueldo base, a favor de la "Asociación de Funcionarios de los Servicios Centrales de la Universidad de Chile", por concepto de "FONDO SOLIDARIO" y sus beneficios.

DATOS BONO DE INVIERNO (LETRA LEGIBLE)

(VISTA, CORRIENTE, RUT)

BANCO: _____ **CUENTA** _____ **TIPO CUENTA** _____

_____
F I R M A

INDIQUE SI DECIDE BENEFICIAR A (CONYUGE O CONVIVIENTE) POR BONO FALLECIMIENTO SOCIO

NOMBRE: _____ **VÍNCULO:** _____

PARA LA INCORPORACIÓN Y TRAMITACIÓN, DEBE ENVIAR OBLIGATORIAMENTE SU ÚLTIMA LIQUIIDACIÓN DE SUELDO ADJUNTA A ESTE FORMULARIO