



Unidad de Bienestar del Personal

**FICHA DEL ASOCIADO**

**DATOS PERSONALES**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	RUT
Fecha de nacimiento	Teléfono	Correo electrónico	Anexo
Calle	N*	Departamento	Ciudad

**PLAN DE SALUD**

Isapre (indicar nombre)	Fonasa

Autorizo a la Unidad de Bienestar del Personal de la Universidad de Talca a que se me descuenta de mi remuneración el 3% del líquido legal permanente por una única vez, y el 1% de manera mensual. Además de las cuotas correspondientes a créditos y compras que este servicio me otorgue.

\_\_\_\_\_ FIRMA

**UNIDAD A LA QUE PERTENECE**

Unidad	Campus

**GRUPO FAMILIAR**

(Incluir cónyuge o conviviente, e hijos que estén estudiando hasta los 30 años, y hasta los 23 años si no están estudiando)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Rut	Fecha Nacimiento	Parentesco

**EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:**

Nombre	Fono

**Uso exclusivo de Bienestar del Personal**

Planta	Categoría	Grado	Jornada	V°B°	Fecha