



Solicitud de Ingreso

PRESENTACIÓN

Por el presente documento, solicito ingresar a la Asociación de Funcionarios de la Salud de la Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de Menores de Puente Alto, en mi calidad de Trabajador de dicha entidad.

Artículo 25 de nuestro Estatuto, donde se establecen las disposiciones relativas al pago de cuotas y reincorporaciones de socios.

Dicho artículo contempla lo siguiente:

- *Cada socio debe realizar el pago de una **cuota mensual equivalente al 1%** del monto que resulte de sumar el **sueldo base mínimo comunal** más la **asignación por atención primaria**.*
- *Al momento de la incorporación, se establece el pago de una **cuota única equivalente al 2%** del mismo monto indicado.*
- *En caso de una **segunda reincorporación**, la cuota correspondiente será del **5%** de dicho monto.*

*Este artículo establece de forma expresa tanto el **descuento mensual** que se aplica a cada funcionario asociado como también las **condiciones para las reincorporaciones**.*



IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE COMPLETO			
DOMICILIO			
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	
TELÉFONO (CELULAR)		CORREO ELECTRÓNICO	
CÉDULA DE IDENTIDAD			
ESTAMENTO		NIVEL	GRADO
ESTABLECIMIENTO			
FECHA DE INSCRIPCIÓN		FIRMA DEL SOLICITANTE	

1. RECEPCIÓN

NOMBRE DEL DIRIGENTE QUE RECIBE	
FECHA DE RECEPCIÓN	

- FIRMA

DIRIGENTE:.....

Este formulario debe ser llenado (con letra clara y legible) escaneado o fotografiado y enviado a asociacionfs@gmail.com, con el asunto: **SOLICITUD DE INGRESO**.