



## SOLICITUD DE INCORPORACIÓN

Señores Directores **FB Corporación de Salud Santander**, solicito a ustedes aceptar mi incorporación a dicha CORPORACIÓN DE SALUD, a contar del mes de \_\_\_\_\_ del 20\_\_, para lo cual autorizo efectuar el descuento respectivo de mi remuneración a contar de dicha fecha. Además declaro conocer y aceptar la reglamentación vigente.

*Nombre :*

*RUT :*

*Anexo :*

*Unidad/Depto :*

*Sucursal:*

*Empresa:*

*Fecha Ingreso : / /*

*N° Cargas :*

*Fecha Nacimiento : / /*

*Estado Civil :*

*Tipo Renta : Fija*  *Variable (Comisiones)*

*Sueldo Base:*

*Fecha Solicitud : / /*

**FIRMA SOCIO:** \_\_\_\_\_

Fecha de Aprobación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

V°B° FBCORSAL \_\_\_\_\_

Nota: Una vez firmada la presente solicitud debe enviarla por valija interna del banco a nombre de la Corporación de Salud, Moneda 920, piso 3, oficina 303. Recepcionada conforme, la Corporación le hará llegar formulario de Seguro de vida y Complementario el cual debe completar y remitir a la brevedad a sisachcorsal@gmail.com para ser ingresado a la Cia de Seguros SURA.