

FUERZA AEREA DE CHILE  
COMANDANCIA EN JEFE  
COMANDO DE PERSONAL

**“SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO FAMEFA  
POR COTIZACIÓN ADICIONAL DE SALUD”**

Formulario N°

--	--

Fecha Documento

--

Cédula Nacional  
de Identidad

--

N° Empleado FACH

--

--

Grado

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

MARQUE CON UNA CRUZ

**ACEPTO**

QUE EL FONDO SOLIDARIO DE SALUD DE LA FUERZA AÉREA DE CHILE  
DESCUENTE MENSUALMENTE DE MI SUELDO UNA COTIZACIÓN  
ADICIONAL DEL 2% QUE SE DESTINARÁ AL FAMEFA.

ADEMÁS, EFECTUARÁ UN DESCUENTO MENSUAL POR CADA CARGA  
FAMILIAR ADSCRITA AL FONDO SOLIDARIO.

DECLARO CONOCER LA NORMATIVA VIGENTE PARA ESTE FONDO.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL AFILIADO

--

  
HUELLA DACTILAR  
DEL AFILIADO