

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