



SOLICITUD DE AYUDA NO REINTEGRABLE

(Completar con letra imprenta)

Fecha :	Día	Mes	Año	Regional:		Código:	
---------	-----	-----	-----	-----------	--	---------	--

1. ANTECEDENTES PERSONALES COLEGIADO							
Nombre completo:							
RUT:		Nº Colegiatura :					
Teléfono fijo:		Teléfono móvil :					
Dirección particular:							
Comuna:		Región:					
Estado civil:		Banco de abono:					
Número de cuenta:		Tipo de cuenta:	Cta.Cte.	Vista	Ahorro		
Correo electrónico:							

2. OTROS ANTECEDENTES							
Marque con X:	Primera solicitud de ayuda :			Renovación de ayuda (indique nº) :			
Tipo de previsión	AFP:	Nombre Institución	Caja de Prev:	Nombre Institución	Sin Previsión:		
Salud:	Fonasa:	Isapre :	Nombre Institución				

3. CAUSAL DE SOLICITUD - Indique brevemente el motivo por el cual está solicitado la ayuda:

- Adjuntar fotocopias gastos involucrados.
- Adjuntar certificados médicos si corresponde.

FIRMA SOLICITANTE

USO EXCLUSIVO COLEGIO							
Aceptado:		Rechazado:		Fecha:	Día	Mes	Año
Observaciones:							
_____ Vº Bº DAS				_____ VºBº PRESIDENCIA D.A.S.			
_____ VºBº Gerencia				_____ VºBº Tesorería			