



SOLICITUD DE INCORPORACIÓN

Yo _____ Cédula de Identidad N° _____,

funcionario (a) del Dispositivo de Salud _____, solicito a

Ustedes el ingreso a la Asociación de Funcionarios de Salud Municipal de Conchalí (AFUSAC, Conchalí).

CARGO QUE OCUPA _____

N° DE HORAS SEMANALES _____

TIPO DE CONTRATO _____

CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

CELULAR _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

CONCHALÍ _____ DE _____ DEL 2025

E-mail: afusacconchali@gmail.com