



CORPORACION ASISTENCIA JUDICIAL REGION DEL BIOBIO  
SERVICIO DE BIENESTAR

## SOLICITUD DE PRESTAMO

FECHA: \_\_\_\_\_

MEDICO

EMERGENCIA

HABITACIONAL

MONTO \$ : \_\_\_\_\_

Nº DE CUOTAS : \_\_\_\_\_

NOMBRE : \_\_\_\_\_

RUT : \_\_\_\_\_

CARGO : \_\_\_\_\_

MES AFILIACIÓN : \_\_\_\_\_

DOMICILIO : \_\_\_\_\_

TELEFONO : \_\_\_\_\_

Solicita al Consejo Administrativo del Servicio de Bienestar de la Corporación de Asistencia Judicial de la región del Biobío, se le otorgue préstamo \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo al Servicio de Bienestar de la Corporación de Asistencia Judicial de la región del Biobío, para descontar de mis remuneraciones mensuales o de los haberes pendientes de mi finiquito, los valores correspondientes al Préstamo que se me está otorgando.

Para respaldar la solicitud de Préstamo acompaño la siguiente información: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y RUT

### AVAL Y/O CODEUDOR SOLIDARIO

Los afiliados que firman en calidad de aval y/o codeudor solidarios, autorizan al Servicio de Bienestar a descontar de sus remuneraciones y/o finiquitos, los valores pendientes correspondientes al Préstamo otorgado al sr(a).

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RUT : \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_ CONSULTORIO : \_\_\_\_\_

FIRMA : \_\_\_\_\_

**USO EXCLUSIVO SERVICIO DE BIENESTAR**

AUTORIZADO : \_\_\_\_\_

RECHAZADO : \_\_\_\_\_