

**Nº Reg. Superint.**

**Nº de Socio**

**COLEGIO DE TECNÓLOGOS MÉDICOS DE CHILE A.G**

**1. ANTECEDENTES PERSONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Apellido Paterno** | **Apellido Materno** | **Nombres** |
|  |  |  |
| **RUT** | **Nacionalidad** | **Fecha de Nacimiento** |
|  |  |  |
| **Domicilio Particular** | **Comuna** | **Ciudad** | **Región** |
|  |  |  |  |
| **Teléfono Móvil** | **Teléfono Red Fija** | **Correo Electrónico** |
|  | - |  |

**2. ANTECEDENTES ACADÉMICOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mención o Especialidad** | **Fecha de Titulación\*** | **Universidad** |
|  |  |  |

\*Si aún no está titulado(a), indique una fecha tentativa.

**3. ANTECEDENTES LABORALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Establecimiento donde trabaja** | **Teléfono** |
|  |  |
| **Dirección**  | **Comuna** | **Ciudad** | **Región** |
|  |  |  |  |

**4. TIPO DE DESCUENTO (marque con una X)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Descuento por planilla\*** | **Transferencia**  | **Depósito** | **Otro (especifique)** |
|  |  |  |  |

\*Si elige descuento por planilla, favor llenar hoja siguiente.

**Uso interno**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Colegiatura** | **Re-Colegiatura** | **Fecha Solicitud** | **Cuota** | **Gratuidad (Nº de meses)** | **Gratuidad a partir de** | **Fecha de Aprobación** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Presidenta Directorio**

**Consejo Nacional**

**Secretario Directorio**

**Consejo Nacional**



**PODER SIMPLE PARA DESCUENTO POR PLANILLA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Yo,** |  | **Rut** |  |
|  **Funcionario(a) de:** |  |
| **Servicio de Salud:** |  |
| **Región:**  | **TM** |  |
| **Autorizo el descuento de** |  | **Mensuales por planilla a partir de**  |  |
| **Encargado del descuento:** |  | **Cargo:** |  |
| **Email:** |  | **Fono** |  |
| **Dinero que debe ser girado al Colegio de Tecnólogos Médicos de Chile A.G, Rut: 82.883.400-2.****Dirección : José Miguel de la Barra 480 of.405, Comuna de Santiago Centro, Región Metropolitana** |

**Firma Funcionario(a)**