

**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)**