

**ASOCIACIÓN DEL PERSONAL DOCENTE Y ADMINISTRATIVO DE LA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN**

Edmundo Larenas 220 – Fono 2443900 – fax 2232628

Concepción

SOLICITUD INSCRIPCIÓN IMPONENTES

(Válido hasta 60 días posteriores a la contratación)

En mi calidad de funcionario, con contrato indefinido en la Universidad de Concepción, solicito mi incorporación como imponente del Fondo de Indemnización y del Servicio Médico de la Asociación del Personal Docente y Administrativo de la Universidad de Concepción, a contar del mes

de _____

DECLARO conocer los Reglamentos y beneficios que esta Institución otorga a sus imponentes y beneficiarios y para los cuales debo contribuir con los siguientes aportes mensuales calculados sobre la renta imponible y descontada por planilla de sueldos.

FONDO DE INDEMNIZACION (FIUC) : 5%

SERVICIO MEDICO : 2%

CONCEPCION, _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Nombres y Apellidos : _____

Fecha de Nacimiento: _____ RUT: _____

Teléfono o Celular : _____ Correo electrónico _____

Domicilio particular : _____

ANTECEDENTES LABORALES

Facultad o Repartición : _____

Fono/Anexo : _____ FONASA ____ ISAPRE (nombre) _____

Firma

ADJUNTO: Fotocopia Contrato, ultima liquidación de sueldo.