



**SOLICITUD DE DESAFILIACION AL SERVICIO DE BIENESTAR**

**APS MUNICIPAL TEMUCO**

**LEY N° 20.647**

En Temuco a ..... de ..... de 201\_.-

Por medio del presente documento solicito mi desafiliación y/o de mis beneficiarios al Servicio de Bienestar APS Municipal Temuco, renunciando a todos los beneficios que este otorga a partir de ....., teniendo presente que no se me devolverán los aportes que haya entregado con anterioridad a esta fecha, según lo establecido en *Título N° II De su Afiliación, Derechos y Deberes, artículo N°10 del Reglamento del Servicio de Bienestar*. Además consigno no tener deuda alguna con este Servicio.

Se solicita exponer motivo de su renuncia:

.....  
.....  
.....  
.....

**DATOS TITULAR**

**NOMBRE:** .....

**C. IDENTIDAD:** .....

**DOMICILIO :** .....

\_\_\_\_\_  
**FIRMA SOCIO**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA PRESIDENTA**