

CESE ASIGNACION FAMILIAR

IDENTIFICACIÓN			
Nombre Completo			
Cédula de identidad		C.M.C. N°	
Fecha nacimiento		Teléfono	
Dirección			
Repartición		Grado o Empleo	
Sexo		Estado Civil	
Correo electrónico			

Solicita que le suspenda la Asignación Familiar que percibe la causante que continuación se indica, desde la fecha que consigna, por los motivos o causales que se expresa:

IDENTIFICACIÓN DE LA CARGA			
Nombre Completo			
Cédula de identidad		C.M.C. N°	
Parentesco con el imponente			
A contar de			
Motivo			
Documento que lo acredita			

OBSERVACIONES:

- Debe hacer entrega del Carnet de Medicina Curativa.
- La suspensión se hará efectiva a contar del mes de _____.
- Lo percibido en exceso se le descontará en fecha próxima.

Firma y Rut Solicitante

Nombre, Firma y timbre
Ejecutivo de Atención

Fecha _____