



SERVICIO DE BIENESTAR
SERVICIO DE SALUD TARAPACA



SOLICITUD AYUDA ESCOLAR

FECHA SOLICITUD

RUT AFILIADO (A)

NOMBRE COMPLETO AFILIADO(A)

ESTABLECIMIENTO

DEPARTAMENTO Y/O UNIDAD

CELULAR

TELÉFONO CASA

TELÉFONO LABORAL

CORREO ELECTRÓNICO

NIVEL EDUCACIONAL	CANTIDAD DE CERTIFICADOS
PRE – KINDER	<input type="text"/>
KINDER	<input type="text"/>
BÁSICA	<input type="text"/>
MEDIO	<input type="text"/>
SUPERIOR	<input type="text"/>

FIRMA AFILIADO(A)