

FORMULARIO POSTULACIÓN LEY N°20.976

RETIRO VOLUNTARIO DOCENTE

AÑO 2016

1. ANTECEDENTES PERSONALES

Nombres y Apellidos del Postulante:

.....

RUT:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | | | | - | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|

Sexo: F M

Fecha de
Nacimiento:

| | | | | | | | | | |
|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|----------|----------|
| | | / | | | / | 1 | 9 | | |
| <i>d</i> | <i>d</i> | | <i>m</i> | <i>m</i> | | <i>a</i> | <i>a</i> | <i>a</i> | <i>a</i> |

Correo electrónico.....

Fecha efectiva
renuncia:

| | | | | | | | | | |
|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|----------|----------|
| | | / | | | / | | | | |
| <i>d</i> | <i>d</i> | | <i>m</i> | <i>m</i> | | <i>a</i> | <i>a</i> | <i>a</i> | <i>a</i> |

2. ANTECEDENTES LABORALES ACTUAL EMPLEADOR

| Nombre de la Institución | Fecha de Ingreso o Nombramiento | Tiempo servido | Horas de Contrato al 31 de octubre de 2015 |
|--------------------------|---------------------------------|----------------|--|
| | | | |

3. ANTECEDENTES MÉDICOS

Indique si padece alguna enfermedad terminal que impida el desempeño de sus funciones en forma continua.

SI NO

Nota: si padece alguna enfermedad terminal que impida el desempeño de sus funciones en forma continua, deberá presentar Certificado de Diagnóstico Médico de una Institución de Salud.

4. DECLARACIÓN

Comunico mi decisión de renunciar voluntariamente, para acogerme a retiro según lo dispuesto en la Ley N°20.976.

Firma del Postulante:

.....

De uso exclusivo de la institución empleadora

Fecha de Recepción:

Timbre
