

DL.307/74, Art.4°Reglamentario 75/74

- a) La Cónyuge, el Cónyuge invalido.
- b) Hijos e Hijastros.
- c) Nietos y Bisnietos, Huérfanos de padre y/o madre o abandonados por estos.
- d) Madre viuda.
- e) Los ascendientes mayores de 65 años (Padres, Madres, Abuelos, Bisabuelos)

DECLARACION JURADA

Por la presente, yo,.....
.....Funcionario(a) del Hospital Clínico Félix Bulnes, dependiente
del Servicio Salud Metropolitano Occidente, Cédula de Identidad N°, con
domicilio en la Ciudad de, Calle.....,
viene a declarar bajo fe de juramento que mi(s).....
.....
.....

Vive (n) a mis expensas desde el.....
Y no percibe (n) rentas superiores al monto de la asignación familiar establecida en el DL.307/74, que
conozco y asumo todas las responsabilidades que sobre la materia en el se expresan.

Declaro además, que ninguna otra persona invoca como causante(es) de
asignación Familiar a la (s) carga (s) antes señalada (s) en otra Institución Fiscal, Semifiscal, Particular
o de Administración Autónoma.

SANTIAGO,.....del 20.....

FIRMO ANTE MÍ

FIRMA DEL FUNCIONARIO

BENEFICIO DE ASIGNACIÓN FAMILIAR

BENEFICIARIO:		
DOMICILIADO EN:		
	N°	Dpto.
Comuna	Ciudad	
Repartición: HOSPITAL CLINICO FÉLIX BULNES		
Planta o Contrata		

Solicita:

Asignación Familiar por el(los) siguientes causantes:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento				
			Día	Mes	Año	Par.	Sexo

Otras Asignaciones Familiares que percibe el beneficiario:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento				
			Día	Mes	Año	Par.	Sexo

.....

El suscrito acredita con los documentos que acompaña, la efectividad de los datos consignados y declara conocer las disposiciones legales relativas a este Beneficio, señaladas al reverso de este formulario.

Santiago, de del Otorga mi conformidad a esta Declaración.

FIRMA DEL FUNCIONARIO(A)