

FORMULARIO POSTULACIÓN BENEFICIO LEY N°20.330

IDENTIFICACIÓN POSTULANTE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido paterno	Apellido materno	Nombres
Rol Único Tributario Postulante	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LUGAR DE DESEMPEÑO

Región	<input type="text"/>
Comuna	<input type="text"/>
Institución	<input type="text"/>
Rol Único Tributario Institución	<input type="text"/>

ANTECEDENTES ACADÉMICOS

Título	<input type="text"/>
Institución de educación superior	<input type="text"/>

ANTECEDENTES CRÉDITO

Saldo ley N° 19.287	<input type="text"/>	A
saldo ley N° 20.027	<input type="text"/>	B
Total adeudado	<input type="text"/>	(A+B)
Cuota anual ley N° 19.287	<input type="text"/>	C
Cuota anual ley N° 20.027	<input type="text"/>	D
Total pago anual	<input type="text"/>	(C+D)

DATOS PERSONALES

Domicilio:			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Calle	Número		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Depto. / Block	Villa	Región	Comuna
teléfono fijo	<input type="text"/>		
Teléfono móvil	<input type="text"/>		
correo electrónico	<input type="text"/>		
Banco	N° Cuenta	Tipo Cuenta	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Firma del postulante

Por la presente, declaro que los datos aquí proporcionados son verídicos.

RECEPCIÓN DE LA POSTULACIÓN

(no debe ser llenado por el postulante)

Fecha de recepción

Nombre y firma de quien recibe