

## FORMULARIO N° 02

|                                                                                   |                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
|  | <b>SOLICITUD DE SERVICIOS DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

  

|                                                     |                         |
|-----------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>I.- DATOS DEL INTERESADO O DEL REPRESENTANTE</b> |                         |
| NOMBRES Y APELLIDOS                                 | D.N.I / C.E. / OTRO     |
| CORREO ELECTRÓNICO                                  | TELÉFONO FIJO / CELULAR |
| DIRECCIÓN DOMICILIARIA                              |                         |

  

|                                                                                        |                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>II.- TRÁMITE A REALIZAR</b>                                                         |                                                                              |
| PENSIÓN DE CESANTIA <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>                      | SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>     |
| PENSIÓN DE SOBREVIVIENTES - VIUDEZ <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>       | SUBSIDIO POR GASTOS DE SEPELIO <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> |
| PENSIÓN DE SOBREVIVIENTES - ORFANDAD <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>     | .....                                                                        |
| PENSIÓN DE SOBREVIVIENTES - ASCENDIENTES <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> | .....                                                                        |

  

|                                     |
|-------------------------------------|
| <b>III. DESCRIPCIÓN DEL PEDIDO:</b> |
| .....                               |
| .....                               |
| .....                               |
| .....                               |

  

|                                |
|--------------------------------|
| <b>IV. DOCUMENTACIÓN ANEXA</b> |
| 1. ....                        |
| 2. ....                        |
| 3. ....                        |
| 4. ....                        |
| 5. ....                        |

  

|                                                                                         |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 60px; margin: 0 auto;"></div> | <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> |
| <b>FIRMA Y HUELLA DIGITAL DEL INTERESADO O REPRESENTANTE</b>                            | <b>FECHA</b>                                                     |