|  |
| --- |
| **FECHA: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Estimadas/os, por medio de la presente, adjunto mis datos personales para uso de la Asociación ANTRAMEF, quien dará resguardo a los mismos. Autorizo en el acto que sean utilizados con fines de representación ante la autoridad de la Dirección del Trabajo.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN** | | |
| Nombre y apellidos |  |
| RUT |  |
| Domicilio |  |
| Comuna |  |
| Región |  |
| Teléfono |  |
| Correo electrónico |  |
| Dependencia |  |
| Escalafón |  |
| Función |  |
| Grado |  |
| Nivel educacional |  |
| Profesión (si corresponde) |  |
| Fecha egreso/titulación |  |
| Fecha de ingreso al Servicio |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE Y FIRMA**