



Fecha Recpción

Solicitud de Préstamo N°

AUTORIZACION

Monto \$

Judicial

Salud

Objetivo del Préstamo

YO : _____

AVAL DE : _____

Autorizo efectuar descuento por concepto de Préstamo Asistencial, a favor del Colegio de Profesores de Chile A.G.,

Directorio Metropolitano, de mi remuneración mensual por la cantidad de \$ _____

Nota: El descuento se hará efectivo, siempre y cuando el peticionario no cumpliera con la cancelación del préstamo.

FIRMA : _____

R.U.T. : _____

N° REG. : _____

N° Registro Colegio

R.U.T.

Nombres

Domicilio Particular

Comuna

Mail

Firma

Fecha de Respuesta

Fecha Recpción

Nombres

Apellido Materno

Apellido Paterno