**POLICÍA DE INVESTIGACIONES DE CHILE**

**Jefatura Nacional de Bienestar**

**y Calidad de Vida**

**FORMULARIO DE EXTINCIÓN DEL BENEFICIO DE PAGO DE SUBSIDIO**

FECHA,

**Para realizar la presente solicitud de extinción del beneficio de pago de subsidio, deberá completar los siguientes antecedentes:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **ANTECEDENTES PERSONAL:** | | |
|  |  | |
| Nombre completo funcionario | |  |
| Fecha de Nacimiento | |  |
| RUN | |  |
| Correo electrónico Personal | |  |
| Teléfono Particular | |  |
| Domicilio | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **ANTECEDENTES INSTITUCIONALES:** | | |
|  |  | |
| N° Resolución que asigna el beneficio | |  |

**FAVOR INDICAR MOTIVO DE EXTINCIÓN DEL BENEFICIO:**

|  |
| --- |
| **\_\_\_\_\_\_ DESTINACIÓN A OTRA UNIDAD O AGREGADURÍA EN EL EXTRANJERO.**  **\_\_\_\_\_\_ DESVINCULACIÓN.**  **\_\_\_\_\_\_ RENUNCIA VOLUNTARIA.**  **\_\_\_\_\_\_ RETIRO DEL BENEFICIARIO DEL SUBSIDIO.**  **AL MARCAR UNA DE ESTAS OPCIONES DEBERÁ ADJUNTAR EL RESPALDO CORRESPONDIENTE QUE ACREDITE LA SITUACIÓN, TALES COMO:**   * **RESOLUCIÓN.** * **CARTA DE SERVICIO.** |

**TOMO CONOCIMIENTO QUE:**

|  |
| --- |
| La presente solicitud junto a la documentación de respaldo, debe ser remitida (**COMPLETA**), al Departamento de Viviendas y Centros Recreacionales de la Jefatura de Bienestar y Calidad de Vida, mediante Oficio Reservado de la Unidad de dependencia del funcionario solicitante a través de la plataforma SIDE. De igual manera, los funcionarios que se encuentren fuera de la Región Metropolitana, deberán enviar la presente solicitud mediante Oficio Reservado a través de sus Planas Mayores Regionales mediante Plataforma SIDE. Se hace presente que, **la** **documentación que no sea presentada con todos los antecedentes y que no sea enviada mediante los canales regulares indicados** **NO SERÁ CURSADA**. |
|  |
|  |
|  |
| **IMPORTANTE:**  Al firmar esta solicitud:   1. Tomo conocimiento que al momento de la extinción del beneficio es de mi completa responsabilidad las condiciones pactadas en el contrato de arriendo. 2. **Tomo conocimiento que los datos omitidos o falsos, serán causal de las acciones administrativas correspondientes.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma Funcionario |  |  |