



SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS
DEPARTAMENTO CALIDAD DE VIDA LABORAL
SERVICIO DE BIENESTAR
"Un Equipo a su Servicio"

R E N U N C I A V O L U N T A R I A

Yo _____ C. Identidad N° _____,
(Nombre - Apellido Paterno - Apellido Materno)

Funcionario (a) de _____ del _____
(Servicio) (Establecimiento)

Cargo _____ Grado _____

Presento mi renuncia voluntaria por motivo _____

A contar de _____ Al Servicio de Bienestar del SSMSO.
(Mes / Año)

FIRMA

MINISTRO DE FE Y TC^º
JEFE SERVICIO DE BIENESTAR

PUENTE ALTO, _____