

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPUBLICA DE CHILE
Y LA REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

U/CHL-3
CHL/U-3

7 CERTIFICACION DE PERIODOS DE SEGURO ACREDITADOS EN LA PARTE DONDE SE INICIA EL TRAMITE

Período	Cotización		Equivalente	Total de días
	Obligatoria	Voluntaria		
De: _____ a: _____				
De: _____ a: _____				
De: _____ a: _____				
De: _____ a: _____				
De: _____ a: _____				
De: _____ a: _____				
De: _____ a: _____				
De: _____ a: _____				
De: _____ a: _____				
De: _____ a: _____				
De: _____ a: _____				
De: _____ a: _____				
Total:				

8 INSTITUCION RESPONSABLE REMITENTE

DENOMINACION : _____

DIRECCION : _____
(calle, número, código postal, localidad, comuna, provincia, país)

_____ SELLO / FIRMA

--	--	--	--	--	--

 FECHA

_____ LUGAR

LOS DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR Y SUS BENEFICIARIOS CONSIGNADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD CONSTAN EN DOCUMENTACION TENIDA A LA VISTA.

9 ORGANISMO DE ENLACE REMITENTE

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

_____ SELLO / FIRMA
ORGANISMO DE ENLACE

--	--	--	--	--	--

 FECHA

_____ FIRMA DEL SOLICITANTE