

1.6 NOMINA DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA
 Artículo 3°, párrafo 2 del Acuerdo Administrativo

NOMBRE Y APELLIDOS	R.U.T.	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO

2. EMPLEADOR EN : / EMPLOYER IN: NORUEGA CHILE

2.1 _____
 NOMBRE DE LA EMPRESA / NAME OF COMPANY

2.2 _____
 DIRECCION EN CHILE O NORUEGA / ADDRESS IN CHILE OR NORWAY

2.3 - ROL UNICO TRIBUTARIO DE LA EMPRESA EN CHILE / EMPLOYER ACCOUNT IN CHILE

3 DESPLAZAMIENTO / DETACHMENT

3.1

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO EN CHILE / NAME OF ESTABLISHMENT IN CHILE

NOMBRE DE LA EMPRESA EN NORUEGA / NAME OF ENTERPRISE IN NORWAY

3.2

DIRECCION / ADDRESS

3.3

DIRECCION DEL TRABAJADOR EN CHILE / EMPLOYEE'S ADDRESS IN CHILE

DIRECCION DEL TRABAJADOR EN NORUEGA / EMPLOYEE'S ADDRESS IN NORWAY

3.4 PERIODO DE DESPLAZAMIENTO (MAXIMO 60 MESES) / PERIOD OF DETACHMENT (..... MONTHS)

DESDE / FROM HASTA / TO

3.5

FIRMA DEL EMPLEADOR / SIGNATURE OF EMPLOYER

FECHA / DATE

NUMERO DE TELEFONO / TELEPHONE OF NUMBER

4. INSTITUCIÓN COMPETENTE/ COMPETENT INSTITUTION

WE CONFIRM THAT THE EMPLOYEE NAMED IN 1, SHALL CONTINUE TO BE SUBJECT TO THE COVERAGGE PROVISIONS OF THE NORWAY PENSION PLAN PROVIDE THAT THE CIRCUMSTANCE OF THE EMPLOYMENT DO NOT CHANGE.

FROM TO

DATE

AUTHORIZED OFFICER OF REVENUE NORWAY

5. ORGANISMO DE ENLACE DE CHILE (ART. 3 DEL ACUERDO ADMINISTRATIVO)

CERTIFICAMOS QUE EL TRABAJADOR SEÑALADO EN EL No. 1, CONTINUARA SUJETO A LA LEGISLACION PREVISIONAL DE CHILE, DURANTE EL PERIODO DE DESPLAZAMIENTO INDICADO.

DESDE / FROM

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

 HASTA / TO

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

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

FECHA / DATE

TIMBRE / SELLO / FIRMA