

FORMULARIO 3:

SUSCRIPCIÓN PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO DE SALA CUNA

Nombre Funcionaria	RUT	Escalafón y Grado
Institución a la que Pertenece	Teléfono	E mail

Nombre del Niño/a
Fecha de Nacimiento del Niño/a
Rut del Niño/a
Sala cuna a la que ingresa

Quien suscribe, confirma que ha recibido el Protocolo de Funcionamiento de Sala Cuna y adhiere a los procedimientos y plazos establecidos para recibir el beneficio de Sala Cuna en el establecimiento Institucional del Servicio de Impuestos Internos o en las instituciones en convenio.

Firma Funcionaria

Fecha