|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **SINDICATO DE TRABAJADORES DE EMPRESA SQM SALAR Dirección** Antonio Rendic 7016**Teléfono** +56 9 56204141 **Email:** contacto@sindicatosqmsalar.cl **URL:** www.sindicatosqmsalar.cl **SOLICITUD DESAFILIACION**  |

|  |
| --- |
| **FECHA :**  |

SEÑORESDIRIGENTES SINDICATO TRABAJADORES SQM SALARPRESENTEPor intermedio de la presente solicito a Ustedes acoger mi renuncia a la condición de afiliado/a del Sindicato que Ustedes dirigen.Aprovecho la ocasión para agradecerles todas las atenciones brindadas. Sin otro particular

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE Y APELLIDOS**  |  |
| **RUT** |  |
| **LUGAR DE TRABAJO** |  |

|  |
| --- |
|  |

  **Firma trabajador/a**  |