|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **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 :** |   SEÑORES  DIRIGENTES SINDICATO TRABAJADORES SQM SALAR  PRESENTE  Por 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** |