MINISTERIO DE SALUD SOLICITUD

SERVICIO SALUD MAULE RESOLUCION EXENTA Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

HOSPITAL DE LINARES

APELLIDOS Y NOMBRES \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_** RUT Nº \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

GR./HRS\_\_\_\_\_ UNIDAD O SERVICIO\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

SOLICITA SE LE CONCEDA:

* **FERIADO LEGAL (Art. 103º Ley 18.834)**

POR \_\_\_\_DÍAS, A CONTAR DEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_HASTA\_\_\_\_**\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**-PERMISO CON GOCE DE REMUNERACIONES (Art. 104º Ley 18.834, Permiso Administrativo)**

CAUSAL \_\_\_\_TRAMITES PERSONALES\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POR \_\_\_DÍAS, A CONTAR DEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_HASTA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MAÑANA ( ) TARDE ( ) NOCHE ( )

* **PERMISO PATERNAL (Art. Único Ley 20.047)\* Adjuntar certificado de nacimiento\***

FECHA DE NACIMIENTO HIJO (A):……………………………………………..5 DIAS CORRIDOS O

05 DÍAS DENTRO DEL MES DE VIDA, DESDE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HASTA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DISTRIBUIDOS EN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DÍAS:...............,……………,………………,………………,………………

**-PERMISO LABORAL POR MUERTE CÓNYUGE, HIJO EN GESTACIÓN, PADRES (Art. 66° del código del trabajo y Ley 21.371) \* Adjuntar certificado de defunción\***

\*RELACIÓN DE PARENTEZCO: **CÓNYUGE , CONVIVIENTE CIVIL Y MUERTE DE HIJO EN GESTACION**

FECHA DE DEFUNCIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,07 DÍAS CORRIDOS, A CONTAR DEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*RELACION DE PARENTEZCO: **HIJO**

FECHA DE DEFUNCIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,10 DÍAS CORRIDOS, A CONTAR DEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*RELACÓN DE PARENTEZCO**: PADRE / MADRE**

FECHA DE DEFUNCIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 03 DÍAS HÁBILES, A CONTAR DEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **ANÓTESE,**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma Funcionario

Vº Bº JEFE DIRECTO

NOMBRE:

CARGO:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 DIRECTOR HOSPITAL BASE

 LINARES