SaludQuillota
Red Municipal de Centros de Salud

I.MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA
DEPARTAMENTO DE SALUD

SOLICITUD DE PERMISO CON GOCE DE REMUNERACIONES

Sr/a._____
DIRECTOR/A O ENCARGADO/A
CENTRO: _____

_____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

SOLICITA PERMISO CON GOCE DE SUELDO DE_____DIA(S) HABIL(ES)_____AM___PM
CONFORME A LA LEY N° 19.378 ARTICULO 17º
A CONTAR DEL _____ HASTA _____

CORRESPONDIENTE AL AÑO _____

Nota: Podrán solicitarse hasta por seis días hábiles en el año calendario. Estos permisos podrán fraccionarse por días o medios días, y serán concedidos o denegados por el Director del establecimiento, según las necesidades del servicio.

Se recuerda a los funcionarios/as que los permisos administrativos se otorgarán de acuerdo a la jornada efectiva, esto quiere decir, por ejemplo, si se desempeña un día sábado de 8:00 a 12:00 hrs., el medio día será de las 8:00 a las 10:00.

_____
FIRMA FUNCIONARIO/A

_____
FIRMA DIRECTOR/A O ENCARGADO/A

FECHA DE SOLICITUD _____

Nota: Este recuadro debe ser llenado por el o la Encargado/a de Personal de cada establecimiento.		
Total disponible a la fecha	Días o ½ días solicitados	Saldo a la fecha