SaludQuillota
Red Municipal de Centros de Salud

I.MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA
DEPARTAMENTO DE SALUD

SOLICITUD DE DESCANSO REPARATORIO LEY N°21.409

Sr/a_____
Director/a
_____

_____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE

SOLICITA SU DESCANSO REPARATORIO POR____DIA(S) HABIL(ES)

CONFORME A LA LEY N° 21.409 DEL 25.01.2022

A CONTAR DEL_____HASTA _____

Nota: El personal beneficiado deberá cumplir con todos los requisitos que la Ley N°21.409 solicita para hacer uso del "descanso reparatorio", el cual corresponde a un máximo de 14 días hábiles, otorgado por única vez y de manera excepcional, según Decreto Alcaldicio que autoriza listado de funcionarios con derecho a este descanso.

Se podrá hacer uso de este beneficio durante el periodo de 3 años, esto es, a contar del **25 de enero del 2022 y hasta el 25 de enero del 2025,** y podrá ejercerse de manera fraccionada o continua. (Fracción en días completos)

Los días otorgados se considerarán como efectivamente trabajados para todos los efectos legales, siendo compatibles con el uso de feriados legales y permisos, y podrá utilizarse inmediatamente antes o después de éstos.

Una vez recibida la solicitud, se dará respuesta en un plazo no superior a tres días hábiles desde la fecha de solicitud del descanso reparatorio.

_____
FIRMA FUNCIONARIO(A)

_____
FIRMA DIRECTOR

FECHA DE SOLICITUD _____

Total días	*Días solicitados*	*Saldo a la fecha*