SaludQuillota
Red Municipal de Centros de Salud

I.MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA
DEPARTAMENTO DE SALUD

PERMISO POR FALLECIMIENTO HIJO EN GESTACIÓN

SR.
VICTOR ALVARADO MIRIC
DIRECTOR

_____

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

_____

CARGO ESTABLECIMIENTO

SOLICITA PERMISO DE 7 DIAS HÁBILES

DESDE_____HASTA _____

Nota: Según Artículo 66 Ley 21.371, en el caso de muerte de hijo en gestación, todo trabajador/a tendrá derecho a siete días hábiles de permiso pagado, adicional al feriado anual, independientemente del tiempo de servicio. Tratándose de una defunción fetal, el permiso se hará efectivo desde el momento de acreditarse la muerte, con el respectivo certificado de defunción fetal.

Deberá adjuntar a este permiso, el certificado de defunción.

_____

FIRMA FUNCIONARIO

_____

FIRMA DIRECTOR

Fecha Solicitud_____de_____.