

**MINISTERIO DE SALUD Memorándum N°:**

**SERVICIO DE SALUD MAULE Fecha: Linares,**

**HOSPITAL DE LINARES**

**SUBD. DE LAS PERSONAS**

**DEPTO. GESTION DE LAS PERSONAS**

**UNIDAD ADMINISTRACION DE LAS PERSONAS**

**SOLICITUD DE ANULACION DE AUSENTISMO**

**A : EVELIN BUSTAMANTE VILLAR**

**JEFE UNIDAD ADMINISTRACION DE LAS PERSONAS**

**De :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**JEFE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

Por medio de este documento solicito la anulación de (feriado legal, permiso administrativo, cometido funcionario, feriado compensatorio) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a realizarse con fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y que por razones personales, el funcionario sr/sra:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Rut:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no hará uso de él.

Sin otro particular, saluda atentamente a usted.

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

Firma funcionario Nombre y firma de jefatura

C.c.

Archivo