

**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