MINISTERIO DE SALUD SOLICITUD

SERVICIO SALUD MAULE RESOLUCION EXENTA Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

HOSPITAL DE LINARES

APELLIDOS Y NOMBRES **: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

RUT Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_GR./HRS **\_\_** UNIDAD O SERVICIO **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

SOLICITA SE LE CONCEDA:

* **FERIADO LEGAL (Art. 103º Ley 18.834)**

POR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DÍAS, A CONTAR DEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_HASTA **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**-PERMISO CON GOCE DE REMUNERACIONES (Art. 109º Ley 18.834, Día Administrativo)**

CAUSAL :

POR \_\_\_\_\_ DÍAS, A CONTAR DEL  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** HASTA**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 MAÑANA ( ) TARDE **( )**

* **PERMISO PATERNAL (Art. Único Ley 20.047)\* Adjuntar certificado de nacimiento\***

FECHA DE NACIMIENTO HIJO (A):……………………………..

05 DÍAS CORRIDO, DESDE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_HASTA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DISTRIBUIDOS EN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DÍAS:...............,……………,………………,………………,………………

**-PERMISO LABORAL POR MUERTE CÓNYUGE, HIJO EN GESTACIÓN, PADRES (Art. 104º bis) Ley 18.834) \* Adjuntar certificado de defunción\***

RELACIÓN DE PARENTEZCO: **HIJO/A ( )**

FECHA DE DEFUNCIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,10 DÍAS CORRIDOS, POR LOS DÍAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RELACIÓN DE PARENTEZCO: **CÓNYUGE / CONVIVIENTE CIVIL ( )**

FECHA DE DEFUNCIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,07 DÍAS CORRIDOS, POR LOS DÍAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RELACÓN DE PARENTEZCO**: HIJO FETAL ( )**

FECHA DE DEFUNCIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 07 DÍAS HÁBILES, POR LOS DÍAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RELACÓN DE PARENTEZCO**: PADRE / MADRE / HERMANO** ( )

FECHA DE DEFUNCIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 04 DÍAS HÁBILES, POR LOS DÍAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **ANÓTESE,**

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

 Firma Funcionario

Vº Bº JEFE DIRECTO

NOMBRE:

CARGO:

HOSPITAL DE LINARES \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 DIRECTOR HOSPITAL BASE

 LINARES