HOSPITAL DE LINARES

SUBDIRECCION DE LAS PERSONAS

DEPTO. GESTION DE LAS PERSONAS SOLICITUD

ADMINISTRACION DE LAS PERSONAS RESOLUCION EXENTA N°

**SOLICITUD PERMISOS/FERIADO LEGAL**

**DATOS CONTRACTUALES**

**APELLIDOS Y NOMBRE:**

**RUT: GRADO: UNIDAD:**

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

 **Por un total de días, desde y hasta**

* **FERIADO COMPENSATORIO (Art. 3° Ley 19.264)**

**Por un total de 10 días hábiles, desde y hasta**

* **PERMISO CON GOCE DE REMUNERACIONES (Art. 109 Ley 18.834)**

 **Por un total de días, desde y hasta**

* **PERMISO PATERNAL (Art. Único Ley 20.047) Adjuntar Certificado de Nacimiento**

**Fecha de Nacimiento Hijo(a):**

**Por un total de 05 días continuos desde y hasta**

**Distribuidos en:** ; ; ; ;

* **PERMISO POR MATRIMONIO (Art. 207 bis Ley 20.764) Adjuntar Certificado de Matrimonio**

**Por un total de 05 días continuos hábiles desde y hasta**

**PERMISO LABORAL POR MUERTE:** **(Marque con una “x”)**

**Hijo(A)  *(10 días continuos)***

**Cónyuge/Conviviente Civil *(07 días continuos)***

**Hijo Fetal *(07 días continuos)***

**Padre/Madre/Hermano *(04 días continuos)***

**Fecha de Defunción:**

* ***Adjuntar Certificado de Defunción***

 ***ANOTESE,***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Firma Funcionario Firma Jefe Directo***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Director Hospital de Linares***