



Hospital de Santa Cruz  
Sub. Gestión y Des. de las Personas  
Oficina de Personal



ANEXO 22

FECHA: \_\_ / \_\_ / 20\_\_

## SOLICITUD PERMISO ADMINISTRATIVO LEY MEDICA

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ HORAS: \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

- TITULAR
  - CONTRATA
  - REEMPLAZO
  - HONORARIOS
- (Marque con una x)

POR  DÍAS

DESDE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA FUNCIONARIO

\_\_\_\_\_  
VºBº FIRMA Y TIMBRE  
JEFATURA DIRECTA

\_\_\_\_\_  
VºBº  
SUB. GESTIÓN ASISTENCIAL

\_\_\_\_\_  
VºBº  
SUB. GESTIÓN Y DES. DE LAS PERSONAS