



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



ANEXO 21

FECHA: ___/___/202_

SOLICITUD LEY DE URGENCIA 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