



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

Hospital Santa Cruz
Colchagua



ANEXO 12

FECHA: ___/___/___

PERMISO POR NACIMIENTO DE HIJO/A

Yo _____ Rut: _____

Calidad Jurídica _____ Cargo _____ Departamento _____

Solicito hacer uso del permiso por nacimiento de hijo/a por lo estipulado en la normativa vigente, para hacerlo efectivo entre los días : ___/___ al ___/___ del año 202__.

*** NOTA: Se debe adjuntar certificado de nacimiento.**

FIRMA FUNCIONARIO

VºBº FIRMA Y TIMBRE
JEFATURA DIRECTA

VºBº
SUB. GESTIÓN Y DES. DE LAS PERSONAS

VºBº
DIRECTOR HOSPITAL DE SANTA CRUZ



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

