



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



ANEXO 18

FECHA: ___/___/202_

SOLICITUD CAMBIO DE TURNO

Yo _____ Rut: _____

Cargo _____ Departamento _____

Solicito autorización para realizar cambio de turno, el día ___/___/____, Turno _____

El cambio se realizará con:

Nombre y Apellido _____ Rut: _____

Cargo _____ Departamento _____ correspondiente al día
___/___/____, Turno _____

FIRMA FUNCIONARIO

VºBº FIRMA Y TIMBRE
JEFATURA DIRECTA

FIRMA FUNCIONARIO

VºBº
SUB. GESTIÓN Y DES. DE LAS PERSONAS