



RESOLUCIÓN N°

FECHA: _____

PERMISO POR FALLECIMIENTO

Ley N° 20.137/2007

Apellidos y Nombres: _____,

Cargo: _____, Run: _____ Grado: _____,

departamento, unidad o servicio: _____,

solicita se le conceda:

- Hijo o Cónyuge = derecho a 10 días corridos desde fecha fallecimiento.
- Padre, Madre y/o Hermano(a) = derecho a 4 días hábiles desde fecha fallecimiento
- Hijo en periodo en gestación = derecho a 7 días hábiles desde fecha fallecimiento

Fecha Inicio _____

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

Firma Funcionario

Jefe Servicio

Subdirector

NOTA: FORMULARIO DEBE IR ACOMPAÑADO DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN