



Ministerio de Salud
Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Hospital Clínico Félix Bulnes
Subdirección Gestión de las Personas
Departamento de Control de Gestión de Personas



SOLICITUD DE PERMISO
SIN GOCE DE SUELDO

YO _____, RUN _____
CARGO _____, GR°/Hrs _____, CALIDAD JURÍDICA _____
QUE SE DESEMPEÑA EN EL SERVICIO DE _____ DEL HOSPITAL FELIX
BULNES CERDA, SOLICITA SE LE CONCEDAN _____ DÍAS DE PERMISO SIN
DE REMUNERACIONES, DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES Y POR
EL SIGUIENTE MOTIVO _____
A CONTAR DEL _____ HASTA _____.

Firma Interesado

Jefe Directo

Subdirector

Director

SANTIAGO, _____ DE _____ DE _____