



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 _____