



FORMULARIO DE SOLICITUD DE DESCANSO COMPLEMENTARIO POR ACTIVIDAD DE CAPACITACION

Nº de Resolución: _____/

Fecha de Emisión

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre Completo:

RUT:

Cargo:

Unidad o Servicio:

Calidad Jurídica

Ley 15.076

Ley 19.664

Ley 18.834

Honorarios

Grados u Horas:

Sistema de Turno

Horarios Permanente

Teléfono:

Email:

DESCRIPCIÓN DE SOLICITUD

1) Nombre del Curso:

2) Nombre del Curso:

3) Nombre del Curso:

Fecha que asiste en tiempo libre:

1)

2)

3)

Solicita:

Nº de Días de Descanso Complementario:

Desde:

Hasta:

Fecha Feriado Legal/ Descanso Compensatorio Ley de Urgencia 19.264

Desde:

Hasta:

Nombre y Firma Funcionario

Nombre y Firma Jefatura Directa

Nombre y Firma Jefatura Directa

AUTORIZACIÓN RECURSOS HUMANOS

Descanso Complementario:

Si

No

Feriado Legal:

Si

No

Subdirector de Recursos Humanos