



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



ANEXO 2

FECHA: \_\_ / \_\_ / 20\_\_

## SOLICITUD PERMISO ADMINISTRATIVO

**NOMBRE COMPLETO:**

**RUT:**

**CARGO:**

**DEPARTAMENTO:**

- TITULAR
  - CONTRATA
  - REEMPLAZO
  - HONORARIOS
- (Marque con una x)

**POR**

**DÍAS**

**DESDE**

**HASTA**

\_\_\_\_\_  
FIRMA FUNCIONARIO

\_\_\_\_\_  
VºBº FIRMA Y TIMBRE  
JEFATURA DIRECTA

\_\_\_\_\_  
VºBº  
SUB. GESTIÓN Y DES. DE LAS PERSONAS