ANEXO 6

 **FECHA**: \_\_\_/ \_\_\_ / 202\_

**SOLICITUD COMETIDO FUNCIONAL**

**NOMBRE COMPLETO**:

* **TITULAR**
* **CONTRATA**
* **HONORARIOS**

**(Marque con una x)**

**RUT**: **CARGO**: **DEPARTAMENTO**:

Solicita Autorización Para Efectuar Cometido Funcional El Día **\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_,** En La Ciudad De **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** Por El Siguiente Motivo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA FUNCIONARIO VºBº FIRMA Y TIMBRE

 JEFATURA DIRECTA

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 VºBº VºBº

 SUB. GESTIÓN Y DES. DE LAS PERSONAS DIRECTOR HOSPITAL DE SANTA CRUZ