



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



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 Siguiete Motivo:

---



---



---

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

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

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

\_\_\_\_\_  
VºBº  
DIRECTOR HOSPITAL DE SANTA CRUZ

**\*Nota: Se Debe Adjuntar Respaldo Correspondiente.**