



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.**