ANEXO 9

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

**PERMISO POR FALLECIMIENTO FAMILIAR**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Calidad Jurídica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solicito hacer uso del permiso por fallecimiento de familiar de acuerdo con lo estipulado en la normativa vigente, para hacerlo efectivo entre los días : \_\_\_\_ /\_\_\_\_ al \_\_\_\_ /\_\_\_\_ del año 202\_

**PARENTESCO** (MARQUE CON UNA X)

* **PADRE / MADRE**
* **CÓNYUGE** **O CONVIVIENTE CIVIL**
* **HIJO/A**
* **HERMANO/A**

**\* NOTA: En todos los casos se debe adjuntar certificado de defunción.**

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

 FIRMA FUNCIONARIO VºBº FIRMA Y TIMBRE

 JEFATURA DIRECTA

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

 VºBº VºBº

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