ANEXO 10

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

**PERMISO SIN GOCE DE SUELDO**

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

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

Solicito hacer uso del permiso sin goce de sueldo de acuerdo con lo estipulado en la normativa vigente, por motivos

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para hacerlo efectivo entre los días : \_\_\_\_ /\_\_\_\_ al \_\_\_\_ /\_\_\_\_ del año 202\_.

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

 FIRMA FUNCIONARIO VºBº FIRMA Y TIMBRE

 JEFATURA DIRECTA

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

 VºBº VºBº

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