



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



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  
SUB. GESTIÓN Y DES. DE LAS PERSONAS

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