ANEXO 12

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

**PERMISO POR NACIMIENTO DE HIJO/A**

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

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

Solicito hacer uso del permiso por nacimiento de hijo/a por lo estipulado en la normativa vigente, para hacerlo efectivo entre los días : \_\_\_\_ /\_\_\_\_ al \_\_\_\_ /\_\_\_\_ del año 202\_.

**\* NOTA: Se debe adjuntar certificado de nacimiento.**

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

FIRMA FUNCIONARIO VºBº FIRMA Y TIMBRE

JEFATURA DIRECTA

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

VºBº VºBº

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