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