



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



ANEXO 13

FECHA: ___/___/___

SOLICITUD HORARIO DE LACTANCIA

Yo _____ Rut: _____

Calidad Jurídica _____ Cargo _____ Departamento _____

Solicito autorización para hacer uso del horario de lactancia de acuerdo con lo estipulado en la normativa vigente, según la siguiente distribución:

***JORNADA (MARCAR CON UNA X).**

___ DIURNA
DISTRIBUCIÓN

___ 4° TURNO
DISTRIBUCIÓN

___ OTRO
DISTRIBUCIÓN

 FIRMA FUNCIONARIO

 VºBº FIRMA Y TIMBRE
 JEFATURA DIRECTA

 VºBº
 SUB. GESTIÓN Y DES. DE LAS PERSONAS

 VºBº
 DIRECTOR HOSPITAL DE SANTA CRUZ