ANEXO 14

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

**SOLICITUD CAMBIO DE HORARIO**

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

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

Solicito autorización para realizar cambio de horario de la jornada laboral, a contar del \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,

según la siguiente distribución:

|  |  |
| --- | --- |
| **DIA** | **DISTRIBUCIÓN HORARIA** |
| **LUNES** |  |
| **MARTES** |  |
| **MIERCOLES** |  |
| **JUEVES** |  |
| **VIERNES** |  |
|  |  |
|  |  |

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

FIRMA FUNCIONARIO VºBº FIRMA Y TIMBRE

JEFATURA DIRECTA

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

VºBº VºBº

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