ANEXO 15

**FECHA**: \_\_\_/ \_\_\_ / 202\_\_

**SOLICITUD DE TURNOS EXTRAS**

Se solicita cubrir turno extra para \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE CUBRE)** para cubrir el servicio de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** el día **\_\_/\_\_/202\_\_ TURNO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** por el siguiente motivo (indicar nombre del funcionario) :

\_\_\_\_ Feriado Legal de:

\_\_\_\_ Permiso Administrativo de:

\_\_\_\_ Licencia Médica de:

\_\_\_\_ Descanso Reparatorio de:

\_\_\_\_ Refuerzo de turno en Servicio o Unidad:

\_\_\_\_ Traslado de paciente a:

\_\_\_\_ Atención de paciente crítico:

\_\_\_\_ Permiso Gremial:

\_\_\_\_ Otro:

|  |
| --- |
| **GUIA:**   1. Cubrir de acuerdo I.O. (50% o más). 2. Redistribución de personal entre unidades. 3. Cubrir con personal diurno disponible. 4. Cubrir con personal suplente disponible. 5. Cubrir con personal del sistema de turno, no excediendo las 12 horas de trabajo continuo. 6. Reforzar Servicio por calidad de atención de los pacientes y/o paciente crítico. |

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

**FIRMA JEFE DIRECTO O SUPERVISOR**