ANEXO 20

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

**SOLICITUD FERIADO LEGAL LEY MÉDICA:**

* **TITULAR**
* **CONTRATA**
* **HONORARIOS**

**(Marque con una x)**

* **TITULAR**
* **CONTRATA**
* **REEMPLAZO**
* **HONORARIOS**

**(Marque con una x)**

**NOMBRE COMPLETO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RUT**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **HORAS:** \_\_\_\_\_\_ **DEPARTAMENTO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**POR DÍAS**

**DESDE HASTA**

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

FIRMA FUNCIONARIO VºBº FIRMA Y TIMBRE

JEFATURA DIRECTA

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

VºBº VºBº

SUB. GESTIÓN ASISTENCIAL SUB. GESTIÓN Y DES. DE LAS PERSONAS