ANEXO 22

 **FECHA**: \_\_ / \_\_ / 20\_\_

**SOLICITUD PERMISO ADMINISTRATIVO LEY MEDICA**

* **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