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