



Hospital de Santa Cruz  
Sub. Gestión y Des. de las Personas  
Oficina de Personal



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  
SUB. GESTIÓN Y DES. DE LAS PERSONAS

\_\_\_\_\_  
VºBº  
DIRECTOR HOSPITAL DE SANTA CRUZ