



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

Hospital Santa Cruz  
Colchagua



ANEXO 6

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

### SOLICITUD COMETIDO FUNCIONAL

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

RUT: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	TITULAR
<input type="checkbox"/>	CONTRATA
<input type="checkbox"/>	HONORARIOS
(Marque con una x)	

Solicita Autorización Para Efectuar Cometido Funcional El Día \_\_/\_\_/202\_\_, En La Ciudad De \_\_\_\_\_,  
Por El Siguiete Motivo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA FUNCIONARIO

\_\_\_\_\_  
VºBº FIRMA Y TIMBRE  
JEFATURA DIRECTA

\_\_\_\_\_  
VºBº  
SUB. GESTIÓN Y DES. DE LAS PERSONAS

**\*Nota: Se Debe Adjuntar Respaldo Correspondiente.**