



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



ANEXO 9

FECHA: ___/___/___

PERMISO POR FALLECIMIENTO FAMILIAR

Yo _____ Rut: _____

Calidad Jurídica _____ Cargo _____ Departamento _____

Solicito hacer uso del permiso por fallecimiento de familiar de acuerdo con lo estipulado en la normativa vigente, para hacerlo efectivo entre los días : ___/___ al ___/___ del año 202_

PARENTESCO (MARQUE CON UNA X)

- PADRE / MADRE
- CÓNYUGE O CONVIVIENTE CIVIL
- HIJO/A
- HERMANO/A

* **NOTA:** En todos los casos se debe adjuntar certificado de defunción.

FIRMA FUNCIONARIO

VºBº FIRMA Y TIMBRE
JEFATURA DIRECTA

VºBº
SUB. GESTIÓN Y DES. DE LAS PERSONAS

VºBº
DIRECTOR HOSPITAL DE SANTA CRUZ