

SOLICITUD DE LICENCIA TEMPORAL

N° _____/

Rancagua, 14 de DICIEMBRE 2024

Nombre: ANA BECERRA CABEZAS

Establecimiento: COLEGIO MANOSO DE VELASCO

Cargo: ENCARGADA CDA

Tipo de Permiso Solicitado:

Con Goce de Remuneración: X

Sin Goce de Remuneración: _____

Periodo Día Mes Año

Desde 14 12 24

Hasta 14 12 24

Total días: 1

MOTIVO DEL PERMISO: MEDICO

Firma Interesado: [Firma]

INFORME JEFE DIRECTO

Acoge: _____

JUSTIFICACIÓN: _____

Desestima: _____

N° de Días Concedidos a la Fecha: _____

Con Goce de Remuneración: _____

Sin Goce de Remuneración: _____



Firma Jefe Directo. [Firma]