



SOLICITUD DE LICENCIA TEMPORAL

Nº _____

NOMBRE COMPLETO _____

ESTABLECIMIENTO :

CARGO :

TIPO DE PERMISO _____

CON GOCE DE
REMUNERACIONES

SIN GOCE DE
REMUNERACIONES

PERIODO DÍA MES AÑO

DESDE 23/07/2019

HASTA 23/07/2019

Nº DIAS 1

X

MOTIVO DEL PERMISO :

Control Médico Hospital
Regional de mi Hijo.

FIRMA DEL INTERESADO



INFORME JEFE DIRECTO

ACOGE _____

NO ACOGE _____

JUSTIFICACIÓN :

FIRMA Y TIMBRE JEFE DIRECTO