Formulario N° 14

SOLICITUD DE PERMISO POR CUMPLEAÑOS

Uso exclusivo personal sindicalizado o con extensión de beneficios

Nombre	
Rut	
Departamento	
Cargo	
Campus	

Día Cumpleaños ☐

Fecha Permiso

Dia	Mes	Año

Firma Funcionario

Firma Jefatura

Recepción
Dirección RRHH

Santiago, _____ de _____ del 20 _____