**SOLICITUD DE DESCANSO COMPLEMENTARIO**

(Personal Regido por Ley Nº19.378)

XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXX XXXXXXXXXX

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

XXXXXXXXX XXXXXXX XXXXXXXXX XXXXXXXX XX.XXX.XXX-X

ESTABLECIMIENTO CARGO RUN

 Al Señor Alcalde de la comuna de Alto Bio Bio, el suscrito (a) mediante el presente solicita hacer uso de **DESCANSO COMPLEMENTARIO**, de acuerdo a lo establecido en la Ley Nº19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, y de conformidad al trabajo extraordinario y devolución de tiempo establecido en Orden de Servicio Nº XXXX XX/XX/XXXX u otro.

HORAS DEL BENEFICIO XX (XX:XX A XX:XX) A.M: P.M:

SOLICITADAS DESDE XX/XX/XXXX AL XX/XX/XXXX

 XXXXXXXXXXXXXXXXXX

 FIRMA DEL SOLICITANTE

ALTO BIO BIO, XX/XX/XXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Vº Bº DIRECTOR COMUNAL SALUD

XXXXXXXXXXXXXXX

Vº Bº JEFE DIRECTO

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

V° B° DIRECTOR CESFAM

**XXXXXXXXXXXXXXXXX**

**Vº Bº A L C A L D E**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Vº Bº UNIDAD PERSONAL