

LA FLORIDA, _____

De: Director (a) _____
 A: Señor Secretario General

1.- Adjunta Licencia Médica de:

Nombre: _____
Diagnóstico: _____
Días: Desde _____ Hasta _____ Total _____

2.- Sigue reemplazante (*) SÍ NO

2.1.- Área Educación:

Descripción funciones de la persona con licencia

Hrs. Cronológicas Jornada Curso Hrs. frente
 Contratadas a curso

Asignaturas: _____	Nombre _____	Horarios _____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Señalar si la persona se desempeña en otro colegio: _____

Total Hrs. cronológicas: _____ Establecimiento: _____

2.2.- Área Salud:

Descripción funciones de la persona con licencia

Hrs. Contrato. _____ Cargo _____ Función _____

Señalar si la persona se desempeña en otro establecimiento: _____

Total Hrs. cronológicas: _____ Establecimiento: _____

2.2.- Áreas Educación y Salud:

Personal Administrativo y Auxiliar:

Función _____ Hrs. Contrato _____

(*) SÓLO SE REEMPLAZAN LICENCIAS DEL TRABAJADOR POR MÁS DE 5 DÍAS HÁBILES

Saluda atentamente a usted,

 DIRECTOR ESTABLECIMIENTO

USO EXCLUSIVO COMUDEF

OFICINA DE PERSONAL	ÁREA TÉCNICA
Licencias anteriores <input type="checkbox"/>	Reemplazante <input type="checkbox"/>
Total días ausencia <input type="checkbox"/>	Hrs. Contrato <input type="checkbox"/>
Diagnóstico <input type="checkbox"/>	Periodo contrato <input type="checkbox"/>
Observaciones <input type="checkbox"/>	Renta propuesta \$ <input type="checkbox"/>
	Título <input type="checkbox"/>
	Observaciones <input type="checkbox"/>