

LA FLORIDA, \_\_\_\_\_

De: Director (a) \_\_\_\_\_

A: Señor Secretario General

1.- Adjunta Licencia Médica de:

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

2.- Solicita reemplazante (\*)      SÍ ☐      NO ☐

2.1.- Área Educación:

Descripción funciones de la persona con licencia							
Hrs. Cronológicas	<input type="text"/>	Jornada	<input type="text"/>	Curso	<input type="text"/>	Hrs. frente a curso	<input type="text"/>
Contratadas							
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="text"/>	Reemplazante _____
Total días ausencia <input type="text"/>	Hrs. Contrato _____
Diagnóstico _____	Periodo contrato _____
Observaciones _____	Renta propuesta \$ _____
	Título _____
	Observaciones _____