

ORD. : N° _____
ANT. : Ord. N° _____ COMUDEF
MAT. : Remite Licencia Médica.

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"/>
Contratadas		Curso	<input type="text"/>
		Hrs. frente a curso	<input type="text"/>
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 _____