



CORPORACIÓN  
DE SALUD Y EDUCACIÓN

MUNICIPALIDAD DE LA FLORIDA  
REGIÓN METROPOLITANA  
 | CADA VEZ  
MEJOR



FECHA

--	--	--

## SOLICITUD DE FERIADO LEGAL

### IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

NOMBRE \_\_\_\_\_  
CARGO \_\_\_\_\_  
LUGAR DE TRABAJO \_\_\_\_\_ Fecha contratación \_\_\_\_\_  
ÁREA O DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_  
Registra feriado progresivo \_\_\_\_\_  
Nº Días hábiles solicitados \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ FIRMA TRABAJADOR

### INFORME DE JEFATURA DIRECTA

Autoriza Solicitud      SÍ \_\_\_\_\_  
                                NO \_\_\_\_\_

Observaciones:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ FIRMA

### INFORME RECURSOS HUMANOS

\_\_\_\_\_ Autorizado en las condiciones solicitadas  
\_\_\_\_\_ Rechazado por causal que indica

\_\_\_\_\_ FIRMA