



CORPORACIÓN
DE SALUD Y EDUCACIÓN

MUNICIPALIDAD DE LA FLORIDA
REGIÓN METROPOLITANA



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