ID – DOC N°

# SOLICITUD SUSPENSIÓN TEMPORAL

# (ORDENANZA N° 59, ARTÍCULO N° 9)

|  |  |
| --- | --- |
| **VACACIONES** |  |
| **ENFERMEDAD** |  |
| **OTRO** |  |

1. **ANTECEDENTES DEL POSTULANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO |  |
| RUT |  |
| DOMICILIO |  |
| COMUNA |  |
| TELÉFONO |  |
| CORREO ELECTRÓNICO  NOTIFICACIÓN Y COMUNICACIÓN |  |

1. **ANTECEDENTES DEL PERMISO**

|  |  |
| --- | --- |
| NÚMERO PATENTE |  |
| UBICACIÓN |  |

1. **DOCUMENTOS ADJUNTOS**

|  |  |
| --- | --- |
| FOTOCOPIA CÉDULA DE IDENTIDAD VIGENTE POR AMBOS LADOS |  |
| FOTOCOPIA DE PATENTE VIGENTE |  |
| INFORME MÉDICO ACTUALIZADO |  |

1. **ANTECEDENTES DEL TRÁMITE (MAXIMO 15 DIAS)**

|  |  |
| --- | --- |
| FECHA DE INICIO |  |
| FECHA DE TERMINO |  |

**FIRMA DE TITULAR**

**\*LA SOLICITUD DEBE SER INGRESADA CON 15 DIAS HABILES DE ANTICIPACIÓN**

**\*\*EN CASO DE PRESENTAR ESTA SOLICITUD POR ENFERMEDAD U OTRO MOTIVO, DEBE CONTAR CON LOS JUSTIFICATIVOS CORRESPONDIENTES.**