



SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE
OFICINA DE PERSONAL
HOSPITAL TRAIQUEN

Solicitud de Devolución Tiempo por Horas Extraordinarias y Capacitación

Traiguén, _____ de _____ de 20_____

Nombre funcionario _____

RUN _____ Grado _____

Dpto. o Unidad _____

Fecha de devolución _____

En el horario de _____ hasta las _____

Firma interesado _____

V° B° Jefe Directo _____