

SOLICITUD PARA ASISTIR A CURSOS, SEMINARIOS CONGRESOS U OTROS

ESTABLECIMIENTO: _____

NOMBRE FUNCIONARIO: _____

RUN N* _____ PROFESION _____ CARGO _____

GRADO _____ HORAS _____ UNIDAD O SERVICIO _____

EN CASO DE MEDICOS O DENTISTAS

CALIDAD DE CONTRATO

a) Del Servicio de salud Araucanía _____ Especialidad _____

b) Ciclo Destinación _____ Integral _____

_____ Gral. Zona

_____ Práctica Controlada

_____ Beca de Retorno

FECHA SOLICITUD: _____

SOLICITA AUTORIZACION PARA ASISTIR A _____

_____ QUE SE EFECTUARA EN _____

NOMBRE ENT. CAPACITADORA _____ RUT. _____

DESDE _____ HASTA _____ SERVICIO _____ PARTICULAR _____

DURANTE ESTE AÑO HA PARTICIPADO EN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES DE CAPACITACION.

DESDE

HASTA

Me comprometo a entregar mis conocimientos adquiridos en el curso, en el plazo máximo de una semana después de terminado éste y acepto que en caso de no hacerlo no tendré otra oportunidad de capacitación.

FIRMA

OPINION FUNDADA DEL JEFE DIRECTO SOBRE LO SOLICITADO.

FIRMA

OPINION Y DECISIÓN DEL DIRECTOR

FIRMA