



SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO  
HOSPITAL PENCO-LIRQUÉN  
A.GESTIÓN DE LAS PERSONAS

Número Control Interno: \_\_\_\_\_/

PENCO,

## SOLICITUD DE CAMBIO DE HORARIO

### CONSIDERACIONES:

1. TODA SOLICITUD DE CAMBIO DE HORARIO DEBE SER REMITIDA AL/LA DIRECTOR/A DEL HOSPITAL PENCO LIRQUÉN. (A TRAVÉS DE OFICINA DE PARTES)
2. ÉL/LA DIRECTORA/A CONTARÁ CON LA FACULTAD DE AUTORIZAR O RECHAZAR LA PRESENTE SOLICITUD.
3. ES RESPONSABILIDAD DEL/LA FUNCIONARIO/A INTERESADO/A EL CORRECTO Y OPORTUNO TRAMITE DE ESTA SOLICITUD.

APELLIDOS, NOMBRE: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ ESTAMENTO: \_\_\_\_\_ C.JURIDICA: \_\_\_\_\_

UNIDAD DE DESEMPEÑO: \_\_\_\_\_

	HORARIO ACTUAL				HORARIO A SOLICITAR			
LUNES:		HRS.	A	HRS.		HRS.	A	HRS.
MARTES:		HRS.	A	HRS.		HRS.	A	HRS.
MIERCOLES:		HRS.	A	HRS.		HRS.	A	HRS.
JUEVES:		HRS.	A	HRS.		HRS.	A	HRS.
VIERNES:		HRS.	A	HRS.		HRS.	A	HRS.

ENTRADA EN VIGENCIA: DESDE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_

MOTIVO DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
V°B° JEFATURA DIRECTA

\_\_\_\_\_  
V° B° DIRECTOR/A HPL

\_\_\_\_\_  
V° B° U.CICLO LABORAL

