

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE TELETRABAJO POR
CONTIGENCIA COVID-19**

NOMBRE		RUT	
CARGO		CALID. JURIDICA	
E- MAIL PERSONAL		FONO CONTACTO	
SD/DEPTO./UNID.		JORNADA	
DOMICILIO		COMUNA	
FECHA DESDE		FECHA HASTA	

(fecha de término solo para efectos administrativos internos)

La fecha de término puede ser modificada en base a:

- Cambio en las condiciones sanitarias o termino de alerta sanitaria.
- Se modifique el Instructivo N° 6 mediante el respectivo acto administrativo.
- Se genere un cupo en la sala cuna (en caso a hijos/as menores de 2 años).
- Hijo/a cumpla dos años de edad.

CAUSAL DE OTORGACIÓN (Marque con X)	Funcionarios/as que tengan a su cuidado hijos/as menores de 2 años, que no cuenten con matrícula en sala cuna	
	LEY 21.391	
	LEY 21.498/ Embarazo	

(Adjuntar documentación de respaldo).

Marque con una X	Personal con Teletrabajo con Funciones Habituales	
	Personal con Teletrabajo con Funciones No Habituales	

TAREAS A REALIZAR DURANTE EL TRABAJO REMOTO (DEBE CONSENSUADO POR JEFE DIRECTO)

(Adjuntar documentación explicativa, si recuadro no es suficiente).

* Si la jefatura estima que las funciones del solicitante no son indispensables, debe argumentar.

MEDIOS DE VERIFICACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR (INDICAR LOS MEDIOS DE VERIFICACIÓN Y LA PERIODICIDAD)

V°B° Jefe o Supervisor(a)

V°B° Subdirector(a) de servicio solicitante

FECHA EMISIÓN	
---------------	--