# *nuevo logo SSI 2017*

**SUBDIRECCION DE GEST. Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS**

**UNIDAD DE GESTIÓN DE PERSONAL Y CVL**

# SOLICITUD PERMISO SIN GOCE DE REMUENRACIONES LEY 21.351

# (Extensión postnatal de emergencia)

I) Identificación del funcionario:

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO** |  |
| **UNIDAD O SERVICIO** |  |
| **RUT** |  | **CARGO** |  |
| **GRADO/HRS.** |  | **ESTABLECIMIENTO** |  |

II) Identificación del hijo(a):

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE HIJO(A)** |  |
| **RUT** |  | **FECHA NACIMIENTO** |  |

**SOLICITA SE LE CONCEDA PERMISO SIN GOCE DE REMUNERACIONES ESTABLECIDO POR LA LEY 21.351:**

|  |  |
| --- | --- |
| **DIAS O MESES (con un máximo de tres meses)** |  |
| **DESDE** |  | **HASTA** |  |
| **FECHA SOLICITUD** |  | **FECHA ULTIMA** **LICENCIA PREVENTIVA PARENTAL** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FIRMA SOLICITANTE** |  |
| **FECHA DE RECEPCIÓN** |  |