



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA
FACULTAD DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

SOLICITUD DE VACACIONES

(según reglamento interno de cada programa)

Temuco, __/__/202X

Nombre completo:

Matricula:

Fono:

Dirección:

Programa:

Unidad o servicio:

Solicita se le conceda vacaciones desde __/__/__ hasta __/__/__ por un total de
__ días.

(máx. 15 días hábiles al año)

Firma Residente

Director/a programa de especialidad

Director de Postgrado e Investigación
Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera.