

A: NOMBRE JEFE DE ÁREA SALUD
JEFE DE ÁREA SALUD
CORPORACIÓN MUNICIPAL DE PUNTA ARENAS

DE: NOMBRE DE FUNCIONARIO
PROFESION O CARGO
ESTABLECIMIENTO DE SALUD

De mi consideración, junto con saludar cordialmente, me dirijo a usted para solicitar formalmente un **PERMISO POR CAPACITACIÓN**, en conformidad con lo dispuesto en el artículo N° 43 de la Ley N° 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

MOTIVO:

Acompañar con permiso por capacitación y el programa o inscripción

FIRMA FUNCIONARIO
CORPORACIÓN MUNICIPAL DE PUNTA ARENAS
PARA LA EDUCACIÓN, SALUD Y ATENCIÓN AL MENOR

FIRMA DIRECTOR/A
CORPORACIÓN MUNICIPAL DE PUNTA ARENAS
PARA LA EDUCACIÓN, SALUD Y ATENCIÓN AL MENOR

FIRMA JEFATURA DE ÁREA SALUD
CORPORACIÓN MUNICIPAL DE PUNTA ARENAS
PARA LA EDUCACIÓN, SALUD Y ATENCIÓN AL MENOR

FIRMA DIRECTOR DE RR.HH
CORPORACIÓN MUNICIPAL DE PUNTA ARENAS
PARA LA EDUCACIÓN, SALUD Y ATENCIÓN AL MENOR

Punta Arenas, ____ de _____ de 202__