SOLICITUD
ASIGNACIÓN DE ESTIMULO POR COMPETENCIA PROFESIONAL
LEY Nº 20.707

Sra. Directora Servicio de Salud Metropolitano Occidente

Presente

D. .....Cedula de Identidad N° ..... , quien desempeña cargo de **28 Horas**, calidad jurídica....., en la unidad/servicio....., comunica a Ud. que tiene la especialidad en....., la que se encuentra certificada e inscrita, mediante Nº de registro N°....., de la Superintendencia de Salud, de fecha ...../...../....., según documento que acompaña a la presentación.

Por lo anterior, viene en solicitar se me declare el derecho a percibir la Asignación de Estímulo por Competencias Profesionales establecida en el artículo 10° de la Ley Nº 20.707 y el correspondiente pago a contar del **01 de Enero del 2025**.-

FIRMA DE FUNCIONARIO(A)

Fecha: .....de _____ del 2024.-