

RESOLUCIÓN EXENTA N°

Santiago,

NOMBRE _____ **R.U.N.** _____

PLANTA _____ **GR / HRS** _____

SERVICIO / UNIDAD DE DESEMPEÑO _____

NORMAS LEGALES: Lo dispuesto en la Ley N° 18.834/89; Decreto Ley N° 2763, de 1979, Ley 19937/04; Decreto Supremo N° 140/04 del Ministerio de Salud; Resolución N° 06 Y 07/2019 de Contraloría General de la República; y en uso de las facultades delegadas según Resol. 2593/95, 304/01, 1017/21 de la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

DESCANSO COMPLEMENTARIO (Art. 68° y 69° de la Ley 18.834)

Por _____ **Día (s)** _____ **Desde** _____ **Hasta** _____
 _____ **Horas** _____ **Desde** _____ **Hasta** _____ **Fecha del Descanso** _____

Fecha Solicitud : _____

Jornada

MAÑANA	
TARDE	

SI	
NO	

AFECTO A SISTEMA DE TURNOS	
-----------------------------------	--

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

Firma Interesado

Jefe Directo

Subdirector