 Dirección de Personal

**Universidad de Concepción**

**SOLICITUD ASIGNACIÓN DE REEMPLAZO**

DD MM AÑO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

# IDENTIFICACION TRABAJADOR/A REEMPLAZADO/A (Por licencia médica, vacaciones, permiso administrativo)

RUT :

Nombre :

Cargo :

Repartición :

Inicio:

Término:

# IDENTIFICACION TRABAJADOR/A REEMPLAZANTE

RUT :

Nombre :

Cargo :

Funciones a efectuar:

Firma Reemplazante

# AUTORIZACIÓN

# Nombre Jefe/a Directo/a: Nombre Decano/a / Director/a Organismo:

Firma

Firma