

**FORMULARIO DE JUSTIFICACION DE INASITENCIA
A CURSOS DE CAPACITACION**

Yo, _____ RUT: _____-____, de
estamento _____ y con desempeño en la **Unidad o Servicio**
_____ del Hospital San Juan de Dios - CDT, informo voluntariamente a
usted y mi jefatura directa _____, mi inasistencia(____) /
deserción (____) al curso de capacitación “_____”
a realizarse entre los días _____ al _____ de _____ del _____ por la causal
que menciono a continuación:

(Favor marcar con una cruz la alternativa que represente su situación)

RAZONES DE BUEN
SERVICIO

LICENCIA MÉDICA

PERMISO
ADMINISTRATIVO

FERIADO LEGAL

SALIENTE DE TURNO

AVISÒ EN FECHA
LÍMITE

DESVINCULACION

(Si desea agregar algún comentario puede hacerlo en este espacio):

IMPORTANTE: El siguiente formulario debe completarse en su totalidad y firmado por parte del interesado y su jefatura. La Unidad de Capacitación y Desarrollo del Talento, se reserva el derecho a ceder un nuevo cupo al curso de acuerdo a la demanda existente. Además cabe recordar que este procedimiento quedara almacenado en su hoja vida de capacitación y se registrara como **DESERTOR-JUSTIFICADO**.

Firma funcionario

Firma de Jefatura

Fecha: ____/____/____

Fecha de Recepción Capacitación HSJD-CDT: