Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL GENERAL DR. NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE TALENTO HUMANO **SOLICITUD DE VACACIONES**	CÓDIGO HGDNDC-TH-FORM-000

1.- FECHA DE SOLICITUD		
DIA	**MES**	**AÑO**

Al:_____

JEFE INMEDIATO
Presente.

De mi consideración:

2.-NOMBRES Y APELLIDOS	**3.-CÉDULA DE IDENTIDAD**
4.-DENOMINACION DEL CARGO	**5.-UNIDAD OPERATIVA**

Me permito solicitar a usted, se digne concederme ☐ días de vacaciones que por Ley me corresponden.

Desde el:..... /..... /...20..... (Día) (Mes) (Año)

Hasta el: ..... /..... /...20..... (Día) (Mes) (Año)

FECHA DE INCORPORACIÓN A MIS LABORES: ..... /..... /...20..... (Día) (Mes) (Año)

EL SOLICITANTE FIRMA: _____

Mientras dure mis vacaciones me reemplaza en mis funciones el (la):
NOMBRES DEL REMPLAZO:

FIRMA: _____

VISTO BUENO DE: _____

_____ **JEFE INMEDIATO**

_____ **RESPONSABLE UATH**