

FORMULARIO SOLICITUD HORAS
EXTRAORDINARIAS DEL PERSONAL DESAM

FUNCIONARIO : _____

RUT : _____

DIA _____ MES _____ AÑO _____

HORARIO : _____

JUSTIFICACION DEL TRABAJO EXTRAORDINARIO:

N° HORAS APROBADAS: _____ 25% _____ 50%

FUNCIONARIO

FIRMA JEFE DESAM

FIRMA ALCALDE

