



FACULTAD DE
**CIENCIAS
SOCIALES**
UNIVERSIDAD DE CHILE

PERMISO SIN GOCE DE REMUNERACIONES

NOMBRE	
RUT	
DEPARTAMENTO	
CARGO	
DOMICILIO	
COMUNA	
FONO	

Solicita al señor Decano de la Facultad, se le conceda Permiso sin Goce de Remuneraciones por un periodo de _____ días o de _____ meses a contar desde el _____ hasta el _____ de 20___. Por motivos particulares.

Firma solicitante

Firma jefe Directo

Firma Decano

Santiago,