



Solicitud Uso Sala Cuna

I. Identificación de Funcionaria/o

Cédula Identidad	Apellido 1	Apellido 2	Nombre

División/Departamento/Unidad	Anexo N°

II. Identificación de Hija/o (s)

Nombres/Apellidos	RUT	Fecha de Nacimiento	Sexo

dd/mm/aaaa

M/F

III. Cuenta Bancaria Funcionaria/o para gestionar pagos.

Nombres/apellidos	RUT	Correo	Nombre de Banco, tipo de cuenta y número

Fecha Solicitud Derecho Sala Cuna-Cuidado Domiciliario

Fecha Inicio

Fecha Término (mes en que hija/o, cumple 2 años de edad)

DD	MM	AAAA

DD	MM	AAAA

DD	MM	AAAA

A la Presente Solicitud deberá adjuntar la siguiente información;

1. Copia de Memorándum Solicitud de Derecho a Sala Cuna-Cuidado Domiciliario, enviado a Jefa Gestión Desarrollo de Personas (SGD), especificando fecha de inicio de éste.
2. Certificado de Nacimiento del hijo/a (s).
3. Certificado médico o Informe elaborado por el facultativo médico, señalando expresamente el diagnóstico del cuadro de salud que presenta el niño/a. Además, se debe especificar el periodo de incapacidad o de prohibición para asistir a Sala Cuna.

USO INTERNO: Requiere Renovación de Resolución Derecho Sala Cuna, año _____. Sí _____ No _____.

Firma y Timbre Establecimiento

Firma Funcionario/a