



### 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