|  |
| --- |
| **FORMULARIO PARA TRÁMITE DE LEVANTAMIENTO DE LICENCIA PARA RESPONSABLES DE PACIENTES EN FASE TERMINAL**El (La) suscrito(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cédula de identidad N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en calidad de Director(a)-Jefe(a) de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifica que: el (la) servidor (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cédula de identidad N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, se reintegró a su labores el día \_\_\_\_\_\_, mes \_\_\_\_\_\_\_, año\_\_\_\_\_\_, para lo cual presentó los documentos necesarios para el levantamiento de la Licencia para Responsables de Pacientes en Fase Terminal, con fundamento en la Circular DRH-14076-2016-DIR de fecha 01 de diciembre del 2016, suscrita por la MBA, Yaxinia Díaz Mendoza, Directora de Recursos Humanos.Se adjunta:( ) Detalle de Incapacidades y Licencias.( ) Certificación o constancia médica.**Funcionario:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nombre completo, firma y n° de cédula**  **Jefe Inmediato:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Nombre completo, firma, y n° de cédula** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Sello Institución** |