



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 Decana

Santiago,