N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FORMULARIO JUSTIFICACIÓN REGISTRO DE ASISTENCIA**

**POR PARTE DE LA JEFATURA DIRECTA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL/A FUNCIONARIO/A** |  | | | |
| **RUT** |  | | | |
| **SERVICIO/UNIDAD** |  | | | |
| **FECHA EN QUE NO REGISTRO ASISTENCIA** |  | **HORARIO** | **ENTRADA** |  |
| **SALIDA** |  |
| **MOTIVO:** | | | | |
| **POR ESTE MEDIO LA JEFATURA DIRECTA QUE FIRMA ESTE DOCUMENTO, SE HACE RESPONSABLE, EN CONJUNTO CON EL FUNCIONARIO/A JUSTIFICADO/A DE LA VERACIDAD DE ESTA INFORMACIÓN.**  **-ESTE FORMULARIO NO ES VALIDO PARA JUSTIFICAR ATRASOS**  **-ESTE FORMULARIO DEBERA REMITIRSE A OFICINA DE PERSONAL A MAS TARDAR TRANSCURRIDAS 48 HORAS DEL EVENTO** | | | | |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA FUNCIONARIO/A NOMBRE Y FIRMA JEFATURA DIRECTA**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**V°B°**

**DIRECCIÓN**

**FECHA RECEPCIÓN EN ADM. Y FINANZAS: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_**