**HOSPITAL: LEBU /**

**SERVICIO: SAMU**

**/UNIDAD; SAMU**

**UNIDAD : MEDICINA /**

**HOJA Nº**

 **F O R M U L A R I O P.T. 05**

**ALTAS Y BAJAS**

**DEL PERSONAL**

 **DE: ENFERMERA COORDINADORA SAMU.**

 **A: JEFE DE RECURSOS HUMANO.**

 **PUESTO DE TRABAJO TURNO TIPO DIA DE INICIO MES HORA DE ENTRADA**

 **Comunica que Don (ña):**

 **Se incorporará en forma:**

**PERMANENTE**

**HASTA**

**DESDE**

**TRANSITORIA**

**CORR. NOMBRES APELLIDOS PUESTO DE TRABAJO TIPO DE TURNO**

 **El funcionario individualizado reemplazara:**

**.**

 **Quien está ausente del turno por: RESOLUCION EXENTA**

(Si es un retiro permanente del funcionario, expresarlo; si es un reemplazo transitorio, indicar la causa de la ausencia del funcionario). Por lo tanto solicito a usted confeccionar la resolución respectiva que ordene el pago de horas extraordinarias correspondientes.

Vº Bº RECURSOS HUMANOS Firma y Timbre