

 <p>SEREMI Región de Valparaíso</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<p>FORMULARIO N°1</p>
	<p>PATROCINIO TELETRABAJO JEFATURA DIRECTA</p>

YO _____ CÉDULA DE IDENTIDAD N° _____ - _____,

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE LABORES VÍA TELETRABAJO SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN N° ____ DEL ____

DE ABRIL DEL 2024 DE LA SECRETARÍA REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD DE VALPARAÍSO, PARA EL/LA FUNCIONARIO/A

_____ CÉDULA DE IDENTIDAD N° _____ - _____, DE QUIEN ME DESEMPEÑO

COMO JEFATURA DIRECTA EN LA/EL UNIDAD/DEPARTAMENTO _____ DE LA SECRETARÍA REGIONAL

MINISTERIAL DE SALUD DE VALPARAÍSO.

LA MODALIDAD DE TELETRABAJO SERÁ:

() 3 DÍAS PRESENCIALES Y 2 DÍAS DE TELETRABAJO / SEÑALAR DÍAS DE TELETRABAJO: _____

() 4 DÍAS PRESENCIALES Y 1 DÍA DE TELETRABAJO. SEÑALAR DÍA DE TELETRABAJO: _____

PARA LA EJECUCIÓN DE ESTAS LABORES SE COORDINARÁ MEDIANTE EL CONVENIO DE TELETRABAJO QUE SERÁ FIRMADO POSTERIORMENTE ENTRE LA SEREMI DE SALUD REGIÓN DE VALPARAÍSO Y EL/LA FUNCIONARIO/A.

SOLICITUD FUNDADA RESPECTO DE FUNCIONARIO/A DE ÁREA NO TELETRABAJABLE: _____

<p> </p>	<p> </p>
<p>NOMBRE DE FUNCIONARIO/A Y FIRMA</p>	<p>NOMBRE JEFATURA DIRECTA, FIRMA Y TIMBRE</p>