SEREMI Región de Valparaíso Ministerio de Salud	**FORMULARIO N°1**
	PATROCINIO TELETRABAJO JEFATURA DIRECTA

YO _____CÉDULA DE IDENTIDAD N°_____-___, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE LABORES VÍA TELETRABAJO SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN Nº ___ 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: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____.

NOMBRE DE FUNCIONARIO/A Y FIRMA	NOMBRE JEFATURA DIRECTA, FIRMA Y TIMBRE