



Hospital Regional “Dr. Leonardo Guzmán”

Subdirección Gestión y Desarrollo de Personas

Depto. de Capacitación



**FORMULARIO DE JUSTIFICACION DE INASISTENCIA**

**A CURSOS DE CAPACITACION**

YO, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RUT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de estamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y con desempeño en la **Unidad o Servicio** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Hospital Regional de Antofagasta, informo voluntariamente usted y mi jefatura directa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mi inasistencia(\_\_\_) / mi deserción (\_\_) al curso de capacitación “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”

a realizarse entre los días \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_\_ por la causal que menciono a continuación:

*(Favor marcar con una cruz la alternativa que represente su situación)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RAZONES DE BUEN SERVICIO** |  | **LICENCIA MEDICA** |  | **AVISO EN FECHA LÍMITE** |  | **OTROS** |

* En caso de marcar la causal “**RAZONES DE BUEN SERVICIO**”, la justificación deberá ser redactada por la jefatura directa, dado que se entiende que el permiso de capacitación fue otorgado y posteriormente revocado.
* En caso de seleccionar la opción “**OTROS**”, la validación de la justificación quedará sujeta al criterio del Departamento de Capacitación. Se recuerda que este formulario está destinado exclusivamente para justificaciones de carácter razonable; por lo tanto, no se considerarán válidos los “motivos personales”.

**JUSTIFIQUE:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** El presente formulario debe ser completado en su totalidad y firmado tanto por el interesado como por su jefatura. Se recuerda que este procedimiento quedará registrado en la hoja de vida de capacitación del funcionario y se consignará como **DESERTOR - JUSTIFICADO**.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma Funcionario Firma y timbre de Jefatura

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_.

Fecha de Recepción Capacitación HRA: