

Fecha de Solicitud: 01 de octubre de 2025

SOLICITUD BENEFICIO EXCEPCIONAL AL DERECHO A SALA CUNA

A través de la presente, me permito solicitar a ustedes el beneficio excepcional al derecho a Sala Cuna por contingencia

1. Datos Funcionaria(o)

| Rut | Nombre completo | |
|--|--|---|
| | | |
| Calidad contractual (a contrata - a planta) | Estamento (Académico - Profesor por horas - Administrativo) | Jornada o N° Horas contratadas |
| | | |
| Fecha de reintegro a labores en la Universidad | | |
| | | |

2. LICENCIAS MÉDICAS Y FERIADO LEGAL* (indicar fechas de inicio y término de las licencias)

| Tipo de Licencia | Fechas de inicio - término |
|--------------------------|----------------------------|
| Post natal | |
| Post natal de Emergencia | |
| Parental | |
| Por hijos menor de 1 año | |
| Feriado Legal | |

* Feriado legal corresponde a una funcionaria que por estar con licencia médica en receso universitario se tomó su feriado legal en otra fecha.



3. Datos hijo(a) (incorporar copia Certificado de Nacimiento)

| Rut | Nombre completo |
|---------------------|-----------------|
| | |
| Fecha de Nacimiento | |
| | |

4. Declaración Jurada Simple

Mediante la presente declaro que no recibo el beneficio a través de ningún otro medio y que mi hijo(a) quedará al cuidado de la siguiente persona:

Nombre Completo : _____

RUT : _____

Declaro bajo juramento que estos antecedentes corresponden a la realidad:

Firma y Rut Funcionaria(o)