

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)