***DOCUMENTO DE RENUNCIA A CURSO***

***PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION CORMUVAL***

***AÑO 20\_\_\_\_***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FECHA |  | |
| NOMBRE FUNCIONARIO/A |  | |
| RUT |  | |
| CESFAM |  | |
| NOMBRE DEL CURSO AL QUE RENUNCIA |  | |
| MOTIVOS DE LA RENUNCIA | Licencia Médica |  |
| Necesidades de la Institución  *(Adjuntar carta del Director del Centro )* |  |
| Horario No Compatible |  |
| Asuntos Personales  *(Adjuntar carta de Respaldo del funcionario, firmada y timbrada por el Director del Centro )* |  |

***Nota:***

* Las renuncias deben venir debidamente justificadas y deben realizarse antes de iniciado el curso en el cual el funcionario está inscrito.
* Las renuncias al PAC deben ser visadas por la Unidad de Capacitación. En caso de renuncia personal por querer realizar una capacitación externa, el funcionario debe enviar el Programa del curso o Postitulo para revisión.

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

NOMBRE, RUT Y FIRMA FUNCIONARIO/A

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

FIRMA Y TIMBRE DIRECTOR/A CESFAM

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

FIRMA Y TIMBRE DE LA UNIDAD DE CAPACITACION

Fecha de Recepción: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_