



**H.R.R.G.**  
MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES  
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

**AUTORIZACION DE SALIDA**

Dependencia:.....

Apellido y Nombre:.....

**MOTIVO:**    Particular ☐      Oficial ☐

Hora de salida:..... Hora de regreso:.....

.....  
Firma del agente

.....  
Firma y sello del jefe inmediato

Fecha



**H.R.R.G.**  
MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES  
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

**AUTORIZACION DE SALIDA**

Dependencia:.....

Apellido y Nombre:.....

**MOTIVO:**    Particular ☐      Oficial ☐

Hora de salida:..... Hora de regreso:.....

.....  
Firma del agente

.....  
Firma y sello del jefe inmediato

Fecha



**H.R.R.G.**  
MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES  
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

**AUTORIZACION DE SALIDA**

Dependencia:.....

Apellido y Nombre:.....

**MOTIVO:**    Particular ☐      Oficial ☐

Hora de salida:..... Hora de regreso:.....

.....  
Firma del agente

.....  
Firma y sello del jefe inmediato

Fecha



**H.R.R.G.**  
MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES  
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

**AUTORIZACION DE SALIDA**

Dependencia:.....

Apellido y Nombre:.....

**MOTIVO:**    Particular ☐      Oficial ☐

Hora de salida:..... Hora de regreso:.....

.....  
Firma del agente

.....  
Firma y sello del jefe inmediato

Fecha



**H.R.R.G.**  
MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES  
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

**AUTORIZACION DE SALIDA**

Dependencia:.....

Apellido y Nombre:.....

**MOTIVO:**    Particular ☐      Oficial ☐

Hora de salida:..... Hora de regreso:.....

.....  
Firma del agente

.....  
Firma y sello del jefe inmediato

Fecha



**H.R.R.G.**  
MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES  
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

**AUTORIZACION DE SALIDA**

Dependencia:.....

Apellido y Nombre:.....

**MOTIVO:**    Particular ☐      Oficial ☐

Hora de salida:..... Hora de regreso:.....

.....  
Firma del agente

.....  
Firma y sello del jefe inmediato

Fecha