

Departamento de Operaciones.  
Subdirección de Operaciones.  
Hospital Regional de Antofagasta

**FORMULARIO DATOS TARJETA DE ESTACIONAMIENTO (VERSION 1.1)**

**1. TIPO DE REQUERIMIENTO** (asterisco = dato obligatorio):

Marque con (x) una de las siguientes opciones:

SOLICITUD NUEVA       ACTUALIZACIÓN DE DATOS       REPOSICION

**2. DATOS DE USUARIO**

<b>TARJETA N°:</b>	
<b>NOMBRE COMPLETO FUNCIONARIO: (*)</b>	
<b>RUT: (*)</b>	
<b>DOMICILIO: (*)</b>	
<b>UNIDAD/ES DE DESEMPEÑO: (*)</b>	
<b>TELÉFONO DE CONTACTO: (*)</b>	
<b>ANEXO DE CONTACTO:</b>	
<b>CORREO ELECTRONICO FUNCIONARIO: (*)</b>	
<b>CORREO JEFATURA: (*)</b>	

Marque con una (x) la opción que corresponda:

**3. TIPO DE CONTRATO (\*):**

TITULAR \_\_\_\_\_ CONTRATA \_\_\_\_\_ SUPLENCIA \_\_\_\_\_

**4. TIPO DE ESTACIONAMIENTO:**

FUNCIONARIOS \_\_\_\_\_ DIRECTIVOS \_\_\_\_\_

**5. REQUERIMIENTOS ESPECIALES:**

EMBARAZADAS: \_\_\_\_\_ MOVILIDAD REDUCIDA: \_\_\_\_\_  
(enviar fotocopia certificado de embarazo) (enviar fotocopia credencial de discapacidad)

**6. DATOS DE VEHÍCULO (\*)**

VEHÍCULO	
<b>PLACA PATENTE:</b>	
<b>MARCA:</b>	
<b>MODELO:</b>	
<b>COLOR:</b>	

**Nota\*:**

- Mínimo 6 meses de Antigüedad
- Se le recuerda, que, según lo estipulado en el Reglamento, punto 3.1 AUTORIZADOS PARA SU USO, los estacionamientos son:

**3. DE LOS USUARIOS**

**3.1. AUTORIZADOS PARA SU USO**

A continuación, se hace referencia a los usuarios del estacionamiento libre de pago del Hospital Regional de Antofagasta:

**3.1.1.** Serán beneficiarios a los estacionamientos libres de pago, los funcionarios del Hospital Regional de Antofagasta, que cumplan alguno de los siguientes requisitos:

- Ser contratado en modalidad planta titular o contrata, afectos a leyes N.º 15.076, 19.664 o 18.834, cuya contratación tenga un periodo de duración superior a 6 meses corridos.
- Encomendación de funciones proveniente de otras reparticiones del estado de forma oficial mediante resolución que deban prestar servicios en el Hospital Regional de Antofagasta.

Todo funcionario que no cumpla con alguno de los requisitos expuestos no podrá optar al beneficio de estacionamiento libre de pago.

**ENVIAR FORMULARIO A:**

**TARJETASESTACIONAMIENTO.HRA@GMAIL.COM** y **SECRETARIAOPERACIONESHRA@GMAIL.COM**  
**INCLUIR FOTOCOPIA LICENCIA DE CONDUCIR (\*)** y **CERTIFICADO DE ANTIGÜEDAD (página de auto consulta, SIRH) (\*)**

Firma funcionario (\*)

Firma y Timbre Jefe Unidad (\*)