

DD	MM	AAAA
----	----	------

SOLICITUD DE PERMISO

NOMBRE	APELLIDO

TIPO DE PERMISO		
<input type="checkbox"/> CITA MEDICA	<input type="checkbox"/> CALAMIDAD	<input type="checkbox"/> PERSONAL
<input type="checkbox"/> OTRO _____		

MOTIVO DEL PERMISO

DURACION DEL PERMISO							
FECHA Y HORA DE INICIO DEL PERMISO				FECHA Y HORA DE FINALIZACION DEL PERMISO			
HORA	DD	MM	AAAA	HORA	DD	MM	AAAA

FIRMA DEL SOLICITANTE	FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

NOTA: Al concederme dicho permiso quedo en conocimiento de que si no regreso a mi trabajo en la fecha prometida quedo incurso en las condiciones de la Ley del Trabajo en lo que respecta a ausencias injustificadas. Esta hoja debe ser presentada al departamento de recursos humanos con tres (3) días de anticipación al permiso de su aprobación. Exonero a la institución e INDAZA S.A de cualquier imprevisto que suceda fuera de mi sitio de trabajo.

FECHA Y HORA DE RECIBIDO DE LA SOLICITUD				<input type="checkbox"/> REMUNERADO	<input type="checkbox"/> NO REMUNERADO
HORA	DD	MM	AAAA	<input type="checkbox"/> OTRO _____	

OBSERVACIONES

FIRMA JEFE DE PERSONAL