**SOLICITUD DE PERMISO POR ENFERMEDAD**

**DEL CÓNYUGE O DE LOS HIJOS**

|  |  |
| --- | --- |
| *CENTRO DE TRABAJO* | *I. T. DE CAMPECHE* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| San Francisco de Campeche, Cam., a |  | de |  | de 2018 |

DRA. ALMA ROSA CENTURION YAH

DIRECTORA DEL I.T. DE CAMPECHE

P R E S E N T E.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| El/La que suscribe C. |  | solicita a usted, |

Tenga a bien autorizarme Permiso para ausentarme de mis labores los días:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | del mes de |  | del presente año | |
|  | | | | | |
| por enfermedad de mí |  | | | | |
| **Anexo Dictamen médico expedido por el ISSSTE, que certifica la enfermedad de mí** | | | | |  |

y que requiere de atención especial por parte de un/a servidor/a.

***A T E N T A M E N T E***

|  |
| --- |
|  |
| C. |
| (Firma del trabajador) | | |

En atención a su solicitud, y en virtud de llenar los requisitos establecidos para el otorgamiento; se le comunica que ésta ha sido autorizada.

|  |  |
| --- | --- |
| C O N T R O L  JEFE DEL DEPTO. RECURSOS HUMANOS | A U T O R I Z A  SUBDIRECTOR DE SERVS. ADMINISTRATIVOS |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| M.B.A. HUMBERTO CERVERA PALI |  | ING. JAVIER CHACHA COTO |

Historial del año

* Permisos autorizados **anteriormente** en el año \_\_\_\_\_\_\_\_.
* Total de días otorgados **incluyendo este** \_\_\_\_\_\_\_\_.

c.c.p. Depto. de Recursos Humanos

c.c.p. Interesado