**SOLICITUD DE DIAS CON LICENCIA MEDICA QUE COINCIDIERON CON PERIODO VACACIONAL**

Lerma, Campeche, \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/2022

JAVIER CHACHA COTO

DIRECTOR

INSTITUTO TECNOLÒGICO DE CAMPECHE

P R E S E N TE AT´N ARACELI ROMERO CARRANZA

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Con fecha |  | se me expidió una licencia médica que ampara los días: | |
|  | | |

mismos que coincidieron con el período vacacional:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| del |  | al |  |

acumulando: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días.

Por tal motivo, solicito que dichos días sean considerados como devolutivos, de la siguiente manera:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Horario de Labores** | **Total Hrs de la jornada** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Quedando pendiente de tomar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SOLICITA |  | Vo. Bo. |
| Nombre y firma del Trabajador |  | Nombre y firma del Jefe del Departamento |

* Únicamente podrá solicitar los días de licencia que coincidan con los especificados en el horario del trabajador.
* Incluir fotocopia de la licencia médica expedida por el ISSSTE
* Toda justificación deberá realizarse dentro de las 48 horas siguientes a la incidencia