Lerma, Campeche, 5/enero/2025

**SOLICITUD DE DÍAS CON LICENCIA MÉDICA QUE**

**COINCIDIERON CON PERÍODO VACACIONAL**

**JOSÉ JAVIER PERALTA COSGAYA**

**DIRECTOR**

**PRESENTE**

**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.