



Datos del solicitante	
Nombre	
Área de adscripción física	
Fecha del permiso	
	al
Motivo del permiso	
<input type="radio"/> Checada omitida	<input type="radio"/> Fallecimiento de familiar directo ** (4 días)
<input type="radio"/> Entrada irregular	<input type="radio"/> Enfermedad de los hijos menores * (3 días)
<input type="radio"/> Salida irregular	<input type="radio"/> Periodo de adaptación en guarderías ** (3 días)
<input type="radio"/> Uso de horas a favor	<input type="radio"/> Matrimonio civil ** (8 días)
<input type="radio"/> Reposición de horas	<input type="radio"/> Permiso económico sin goce de sueldo (Hasta 29 días)
<input type="radio"/> Asistencia al IMSS **	<input type="radio"/> Paternidad personal sindicalizado ** (20 días)
<input type="radio"/> Encomienda oficial **	<input type="radio"/> Paternidad personal de confianza ** (5 días)
<input type="radio"/> Asistencia a cursos **	<input type="radio"/> Cirugía por enfermedad de familiar directo ** (5 días)
<input type="radio"/> Cumpleaños	<input type="radio"/> Periodo de lactancia (Primeros 6 meses del bebé)

* Presentando constancia del IMSS que justifique la necesidad de los cuidados.

** Anexar la constancia correspondiente.

Observaciones	

Trabajador (a) (Nombre completo y firma)	Jefe (a) inmediato (a) (Nombre completo y firma)	Coordinador (a) de Personal (Nombre completo y firma)