



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 <b>sin goce de sueldo</b> (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)