

SOLICITUD DE DISFRUTE DE LICENCIA

1. _____ 2. _____
Seguro Social Núm. de Empleado

3. Nombre _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

4. Lugar de Trabajo _____
Área, Unidad de Trabajo

5. Licencia a disfrutar:

<u>Vacaciones</u>	<u>Enfermedad</u>	<u>Con Sueldo</u>	<u>Sin Sueldo</u>	<u>Compensatorio</u>
<input type="checkbox"/> Vacaciones	<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Representación Oficial del País	<input type="checkbox"/> Licencia	<input type="checkbox"/> Compensatorio Estatal
<input type="checkbox"/> Exceso	<input type="checkbox"/> FSE Descanso	<input type="checkbox"/> Maternidad	<input type="checkbox"/> Militar	<input type="checkbox"/> Compensatorio Federal
<input type="checkbox"/> Cedidas	<input type="checkbox"/> FSE CT	<input type="checkbox"/> Paternidad	<input type="checkbox"/> FSE Descanso	
<input type="checkbox"/> Anticipadas	<input type="checkbox"/> Licencia Especial	<input type="checkbox"/> Exámenes y Entrevistas	<input type="checkbox"/> Deportiva	
<input type="checkbox"/> Militar	<input type="checkbox"/> Médico Familiar	<input type="checkbox"/> Judicial	<input type="checkbox"/> Médico Familiar	
<input type="checkbox"/> Médico Familiar	<input type="checkbox"/> Vacaciones			
<input type="checkbox"/> Otra _____				Anejos Incluidos

6. Dias _____ Hora _____ desde _____ hasta _____ inclusive
Número de Min. _____
Días H/M

Fecha Nombre en letra de molde Firma del Empleado

Aceptado Denegado

Razón Denegada _____

Fecha Nombre en letra de molde Firma del Supervisor Inmediato

Para uso exclusivo de la Autoridad Nominadora o su Representante Autorizado

Aceptado Denegado

Razón Denegada _____

Fecha Nombre en letra de molde Firma del Jefe de la Agencia o su Representante Autorizado