

SOLICITUD Y AUTORIZACION A TRABAJAR TIEMPO ADICIONAL

Nombre del Empleado _____

Seguro Social

Núm. De Empleado

Núm. De Tarjeta

Lugar de Trabajo _____

Área, Unidad de Trabajo

Fecha _____
día mes año

Hora desde _____ AM
PM

hasta _____ AM
PM

Describa la encomienda o tarea que requiere se solicite al empleado trabajar fuera de su itinerario de trabajo programado.

Para que así conste, firmamos la siguiente autorización:

Firma del Empleado

Fecha Nombre en letra de molde Firma del Supervisor Inmediato

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

Para uso exclusivo de la Sección de Horas Extras

Confirmado por: _____ Fecha _____
Día/mes/año