

FORMATO MULTIPLE DE INCIDENCIAS

FALTA JUSTIFICADA POR:

<input type="checkbox"/>	COMISIÓN	<input type="checkbox"/>	CITA MEDICA ( IMSS )	<input type="checkbox"/>	VACACIONES
--------------------------	----------	--------------------------	----------------------	--------------------------	------------

PERMISO DE MATERNIDAD Y/O PATERNIDAD POR:

<input type="checkbox"/>	NACIMIENTO DE HIJA O HIJO	<input type="checkbox"/>	ADOPCIÓN DE HIJA O HIJO	<input type="checkbox"/>	CUESTIONES ESCOLARES DE HIJA O HIJO
<input type="checkbox"/>	FALLECIMIENTO DE FAMILIAR (Esposo o Esposa, padre o madre, hijos e hijas)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	OTRO

DE: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL TRABAJADOR

PARA: \_\_\_\_\_  
DIRECTOR ADMINISTRATIVO

DATOS DEL EMPLEADO (A)

NOMBRE: \_\_\_\_\_

No.de Control: \_\_\_\_\_

Adscripción: \_\_\_\_\_

Departamento en que labora: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

H. Puebla de Z., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA JEFE INMEDIATO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DE ÁREA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL TRABAJADOR (A)

Nota: En el campo de OBSERVACIONES favor de indicar síntesis justificativa del permiso solicitado y anexando fotocopia de la documentación que justifique su dicho, conforme a los establecido en la clausula 25 y 26 del Contrato Colectivo de Trabajo vigente.