TEKOMBO´E HA TEMBIKUAA Motenondeha Ministerio de EDUCACIÓN y CIENCIAS

TETÃ REKUÁI GOBIERNO NACIONAL

Paraguay de la gente

SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PERMISO DEL PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO:	C.I.Nº:	DIA	MES	AÑO

DEPENDENCIA

MOTIVO

- ☐ Enfermedad (Reposo Médico)
- ☐ Maternidad
- ☐ Paternidad
- ☐ Vacaciones
- ☐ Trab. Fuera de la Institución
- ☐ Lactancia
- ☐ Duelo
- ☐ Beca
- ☐ Matrimonio
- ☐ Capacitacion
- ☐ Otros

DURACION DEL PERMISO:

DESDE:				HASTA:				TOTAL DE HORAS	TOTAL DIA/S
DIA	MES	AÑO	HORA	DIA	MES	AÑO	HORA		

EN CASO DE TRABAJO FUERA DE LA INSTITUCION: (especificar)

Institucion, lugar y direccion donde se desarrolla el trabajo:	*Objetivo - Actividades del trabajo:*

EN CASO QUE FUESE POR OTRO MOTIVO: (especificar)

Motivo:

Firma del solicitante	Firma, sello y aclaracion del Jefe	Firma, sello y aclaracion del Director/Director Gral.	Firma, sello y aclaracion del Viceministro/Ministro

(Este campo se completa al solicitar vacaciones parciales)

Solicitud de acumulación de Vacaciones

Periodo:		Cantidad de dias:	
Periodo:		Cantidad de dias:	
Firma del solicitante	Firma, sello y aclaracion del Jefe	Firma, sello y aclaracion del Director/Director Gral.	Firma, sello y aclaracion del Viceministro/Ministro

RECEPCION DE CONTROL DEL PERSONAL