

SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PERMISO DEL PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO:				C.I.Nº:				DIA	MES	AÑO
DEPENDENCIA								MOTIVO		
								<input type="checkbox"/> Enfermedad (Reposo Médico) <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Vacaciones <input type="checkbox"/> Trab. Fuera de la Institución <input type="checkbox"/> Lactancia <input type="checkbox"/> Duelo <input type="checkbox"/> Beca <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Capacitacion <input type="checkbox"/> Otros		
								DURACION DEL PERMISO:		
DESDE:				HASTA:				TOTAL	TOTAL	
								DE HORAS	DIA/S	
DIA	MES	AÑO	HORA	DIA	MES	AÑO	HORA			
EN CASO DE TRABAJO FUERA DE LA INSTITUCION: (especificar)										
<i>Institucion, lugar y direccion donde se desarrolla el trabajo:</i>							<i>Objetivo - Actividades del trabajo:</i>			
EN CASO QUE FUESE POR OTRO MOTIVO: (especificar)										
<i>Motivo:</i>										
Firma del solicitante			Firma, sello y aclaracion del Jefe				Firma, sello y aclaracion del Director/Director Gral.		Firma, sello y aclaracion del Viceministro/Ministro	
<i>(Este campo se completa al solicitar vacaciones parciales)</i>										
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