

**H. CONGRESO DEL ESTADO DE VERACRUZ
LXVI LEGISLATURA 2024 - 2027**

El (La) que suscribe C. _____, bajo protesta de decir verdad manifiesto ser mexicano(a), mayor de edad, señalando como domicilio para oír y recibir notificaciones el ubicado en Calle _____ No.ext _____ No. Int _____ Colonia _____ Ciudad _____ C.P. _____, ante Usted me dirijo con respeto para exponer lo siguiente:

Con fundamento en los artículos 7 de la Constitución Política del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave y 203 del Código Financiero del Estado; vengo ante esta Soberanía a tramitar la compatibilidad de empleo, al tenor de las siguientes consideraciones:

Empleo 1

Dependencia:

Código Funcional:

Descripción del Código:

Centro de Adscripción:

Jornada Laboral:

Horario de Trabajo:

Empleo 2

Dependencia:

Código Funcional:

Descripción del Código:

Centro de Adscripción:

Jornada Laboral:

Horario de Trabajo:

Lo anterior derivado de la Solicitud de la Subdirección de Recursos Humanos de Servicios de Salud de Veracruz, a los trabajadores y trabajadoras que ejercieran doble contratación, para su trámite ante esta Soberanía de la compatibilidad de empleo señalada en el numeral 203 del Código Financiero del Estado, es por ello que me encuentro solicitando la autorización de la misma, para lo cual, anexo al presente el Formato de Compatibilidad en el que se detalla el lugar de adscripción, puesto, y jornada laboral de mis actuales empleos, debidamente certificada por los titulares de las Unidades aplicativas en las que desempeño mis funciones, cumpliendo con la jornada laboral que tengo asignada en ambas plazas.

Por lo anteriormente expuesto atentamente pido dar trámite a mi petición, y autorizar la compatibilidad de empleo de conformidad a lo expuesto anteriormente.

ATENTAMENTE