

|  |  |
| --- | --- |
| **Servicios de Salud de Veracruz**  **Dirección Administrativa**  **Subdirección de Recursos Humanos** | **Formato de Autorización de Permisos y**  **Justificación de Incidencias** |

Xalapa, Ver. a \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RFC |  | | |
| Nombre |  | | |
| Extensión |  | | |
| Tipo de empleado/a |  | | |
| Horario |  | | |
| Área |  | | |
|  |  | | |
| **Concepto** | **Fecha** | | |
| Permiso de salida | Fecha: | De: horas | A: horas |
| Permiso económico |  | | |
| Comisión |  | | |
| Onomástico |  | | |
| Vacaciones |  | | |
| Justificación de retardo menor |  | | |
| Justificación de retardo mayor |  | | |
| Justificación de omisión de entrada |  | | |
| Justificación de omisión de salida |  | | |
| Permiso sindical |  | | |
| Cambio de horario |  | | |
| Reposición de días |  | | |
| Permiso de paternidad |  | | |
| Observaciones |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma de trabajador/a | Nombre y firma de jefe/a directo/a |
| Nombre y firma de titular del área | Sello |