|  |  |
| --- | --- |
| **Secretaría de Salud****Dirección Administrativa****Subdirección de Recursos Humanos** | **Formato: SRH03-FACH** |

# *Autorización de Cambio de Horario*

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
|  |  |
| R.F.C.: |  |
|  |  |
| Puesto: |  |
|  |  |
| Número de Control de Asistencia: |  |
|  |  |
| Departamento: |  |
|  |  |
| Subdirección: |  |
|  |  |
| Dirección: |  |
|  |  |
| Horario Solicitado: |  |
|  |  |
| Vigencia\*: | Del: |  | Al: |  |
|  |  |
| Justificación: |  |

Xalapa, Ver., \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Trabajador |  | Jefe de Departamento |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Subdirector |  | Director |

\* La vigencia de esta autorización será a partir de la fecha de entrega en la Subdirección de Recursos Humanos.