



Secretaría de Salud
Dirección Administrativa
Subdirección de Recursos Humanos
Departamento de Prestaciones Sociales al Personal

SOLICITUD NÚM.

SOLICITUD DE LICENCIA CON GOCE DE SUELDO

LUGAR

DÍA	MES	AÑO

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	RFC:

ADSCRIPCIÓN:	CATEGORIA:

PLAZA:	JORNADA:

FECHA DE INGRESO:	NOMINA:

PERÍODO SOLICITADO:	INICIO			TÉRMINO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

A CONTINUACIÓN MENCIONO LAS LICENCIAS QUE HE DISFRUTADO DURANTE EL CICLO:

PRÓRROGA:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	CON SUELDO: <input type="checkbox"/>	TOTAL DE DÍAS: <input type="checkbox"/>		
PERÍODO SOLICITADO:	INICIO			TÉRMINO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

JUSTIFICACIÓN:

PROCEDE:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-----------------	-----------------------------	-----------------------------

NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO	NOMBRE Y FIRMA JEFE INMEDIATO	NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR O JEFE DE LA JURISDICCIÓN

