Servicios Médicos Municipales

O. P. D. SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN
Dirección General
Dirección Administrativa
Departamento de Recursos Humanos

SOLICITUD DE CAUSA DE FUERZA MAYOR

Unidad: O.P.D. ◯ H.G.Z. ◯ C.V.N. ◯ C.V.S. ◯ C.V.F. ◯ C.V. Villa de Guadalupe ◯ C.V. Santa Lucía ◯

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre del Trabajador _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

No. Empleado _____ **Servicio** _____ **Horario** _____

Días/descanso _____ **Categoría** _____ **Tipo/Plaza :**

Base ☐ **Confianza** ☐ **Interinato** ☐ **T. Determinado** ☐

CAUSAS DEL PERMISO

I. Por fallecimiento de padres, hijos, cónyugue. ☐
II. Por accidentes graves a padres, hijos o cónyugue. ☐
III. Por privación de libertad del trabajador. ☐
IV. Por caso de incendio o inundación del hogar del trabajador. ☐
V. Enfermedad grave de hijos menores de 16 años debidamente acreditada por el personal médico del propio O.P.D. ☐
VI. Por internamiento en institución hospitalaria, por enfermedad grave de padres, hijos o cónyugue. ☐
VII. Por intervenciones quirúrgicas a padres, hijos o cónyugue. ☐
VIII. Por nacimiento de hijos del trabajador. ☐
IX. Matrimonio del trabajador. ☐
X. Por fallecimiento de hermanos. ☐
XI. Por accidentes graves a hermanos. ☐
XII. Por asistir el trabajador a diligencias judiciales para la que haya recibido cita. ☐
XIII. Por cambio de domicilio. ☐

Se le concederá permiso con goce por causa de fuerza mayor al trabajador que compruebe fehacientemente alguna de las circunstancias aquí mencionadas, con la exhibición de la documentación correspondiente en sus Artículos 144, 145 y 146 del Contrato Colectivo de Trabajo del O.P.D. "S.S.M.Z."
Esta solicitud de forma previa o posterior a su aprobación y según cada caso, el trabajador deberá acreditar con documento idóneo la causa u origen de la fuerza mayor y en caso de que no lo acreditara el patron podrá validamente negar o revocar los efectos de esta solicitud.

No. de días _____ (con letra) **Del** _____ **del mes** _____ **de 20**_____

al _____ **del mes** _____ **de 20**_____

Este documento es solo una solicitud y no será considerado como procedente hasta en tanto contenga ambas firmas de autorización y el sello de Recursos Humanos.

Fecha de solicitud _____ , _____ , _____

AUTORIZACIÓN

_____
Firma del Trabajador
(manifiesto bajo protesta,decir la verdad)

_____
Jefe del Servicio

Sello de Recursos Humanos

Observaciones _____

_____
SubDirección

_____
Recursos Humanos

*** ESTE DOCUMENTO DEBE SER LLENADO SIN FALTAR NINGÚN DATO**