



Servicios
Médicos
Municipales

O. P. D. SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN

Dirección General
Dirección Administrativa
Departamento de Recursos Humanos

SOLICITUD DE LICENCIAS

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

TIPO DE LICENCIA

ORDINARIO OTROS _____
(3 días hábiles antes)

Día Económico Cumpleaños Permisos con goce de sueldo :

Permiso sin goce de sueldo

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

Motivo _____

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

O.P.D. "Servicios de Salud
del Municipio de Zapopan"

Hospital General
de Zapopan

Cruz Verde
Norte

Cruz Verde
Sur

Cruz Verde
Federalismo

Cruz Verde
Villa de Gpe.

Cruz Verde
Santa Lucía