



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



Sindicato
Zapopan O.P.D.

Comisión Mixta de Escalafón

Solicitud

Fecha: Día _____ Mes _____ Año 20____. Folio _____

DATOS DEL EMPLEADO

Unidad: H.G.Z. C.V. Norte C.V. Sur C.V. Villa de Guadalupe C.V. Federalismo C.V. Santa Lucía

Nombre _____

Domicilio _____ Teléfono _____

No. Empleado _____ Turno: Matutino Vespertino Nocturno J./A. Mixto

Depto. _____ Puesto _____ Categoría _____

Horario de Trabajo _____

Los días _____ Días de descanso _____

Cambio de categoría Cambio de adscripción Basificación

Permuta Cambio de turno Otros

Especificar solicitud _____

Observaciones _____

Relacionar documentación entregada _____

“La solicitud de movimientos mediante este formato, genera la obligación de dar seguimiento al trámite hasta la conclusión del mismo, ya que de ser autorizado, administrativamente se procederá para los efectos que correspondan sin necesidad de que se notifique personalmente la resolución al interesado”

ATENTAMENTE

Firma del Trabajador

Fecha de Recibido

Representante O.P.D. "S.S.M.Z."

Representante Sindical