**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

**(UNIDAD ADMINISTRATIVA)**

**OFICINA INSTITUCIONAL DE RECURSOS HUMANOS**

SOLICITUD DE PERMISO

FECHA DE SOLICITUD: (${fecha1})

NOMBRE ${nombres} UNIDAD ADMINISTRATIVA ${unidad\_ad}

\_ Enfermedad \_ Duelo \_ Matrimonio \_ Nacimiento de Hijo

\_ Enfermedad de Parientes Cercanos \_ Cita Médica (Presentar constancia)

\_ Eventos Académicos Puntuales \_ Misión Oficial (Justifique)

\_ Representación Gremial \_ Asuntos Personales \_ Otros (Explique)

Inicia \_${Dia}\_ De \_${Mes}\_ DE \_${Year}\_ HORA \_${Hora}\_

Termina \_${Dia}\_ De \_${Mes}\_ DE \_${Year}\_ HORA \_${Hora}\_

Explique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VºBº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL SUPERIOR INMEDIATO FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

ENTERADO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

JEFE(A) DE LA ORH FECHA

REGISTRESE Y CUMPLASE

${presidente}

Presidente