

## FORMATO DE AVISO DE LICENCIA MÉDICA DEL ISSSTE

**C. COORDINADOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN  
P R E S E N T E .**

Me permito comunicarle los datos del servidor público de esta Comisión que dejó de asistir a sus labores por el motivo que se indica.

Fecha de elaboración		
DÍA	MES	AÑO

DATOS DEL EMPLEADO		
NOMBRE [Apellidos Paterno, Materno y Nombre(s)] :	R.F.C.	N° de empleado
AREA DE ADSCRIPCIÓN (Vicepresidencia o Dirección General)		
AREA ESPECÍFICA DE TRABAJO (Dirección de Área, Subdirección o Departamento)		
DATOS DE LA LICENCIA MÉDICA		
N° DE DÍAS QUE CUBRE LA INCAPACIDAD	N° DE INCAPACIDAD DEL ISSSTE	MOTIVO

  

<b>ATENTAMENTE . (Servidor público)</b>  Puesto: <input type="text"/>  Firma : <input type="text"/> Nombre : <input type="text"/>	<b>ENTERADO . (Jefe inmediato)</b>  Puesto: <input type="text"/>  Firma : <input type="text"/> Nombre : <input type="text"/>
--	---

**ORIGINAL DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS  
COPIA INTERESADO**

IMPORTANTE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se deberá adjuntar la Licencia expedida por el ISSSTE.</li> <li>- Es indispensable que el formato cuente con la firma de ENTERADO del Jefe Inmediato.</li> <li>- El Original será para la Dirección de Recursos Humanos y Materiales.</li> <li>- La copia será para el interesado y servirá de acuse de recibido por parte de la Dirección.</li> </ul>