

GRIPO EN EL QUE SE INSCRIBE (marque con una equis en la casilla vacia)			
	GRUPO A	Martes y Jueves	05:00 p.m. a 08:00 pm
	GRUPO B	Miercoles y Viernes	05:00 p.m. a 08:00 pm
	GRUPO C	Viernes	11:00 a.m. a 01:00 pm

De acuerdo a lo estipulado en la Resolución R-166 DE 202 los requisitos de participación en el Programa Hora Saludable son los siguientes:

1. Obtener en las fechas estipuladas, la inscripción a un (1) solo grupo, en la División de Deportes y Recreación, a través del Jefe de la Dependencia Académica o Administrativa.
2. Someterse a valoración medicam evaluación antropométrica, postural y funcional.
3. Cumplir con los horarios establecidos y salir puntual y regularmente a las prácticas deportivas y recreativas durante cada sesión completa de dos (2) horas, lo cual sera verificado por el funcionario responsable de la División organizadora.

Constituyen causales de pérdida del derecho a participar en las actividades deportivo recreativas del Programa Hora Saludable, las siguientes:

1. La inasistencia del inscrito hasta por cinco(5) veces, sin justa cusa laboral, médica o por calamidad doméstica debidamente comprobada.
2. El retiro del servicio institucional.
3. El incumplimiento del Relglamento del Centro Deportivo o del Programa
4. Los reiterados inconvenientes al buen desarrollo del Programa, y el ambiente de encuentro universitario, generados por actitudes y comportamientos inadecuados del trabajador participante
5. El retiro voluntario expresado por escrito ante el Jefe de la División de Deperte y Recreación y ante el Jefe de la Dependencia de ubicación del trabajador.

El trabajador inscrito en el Programa Hora Saludable deberá disponer de dos(2) horas semanales de su tiempo libre, para participar de la programación completa para las dos sesiones semanales.

Acepto los Reglamentos que la Universidad del Cauca a través de la División de Deportes y Recreación ha establecido para el desarrollo del Programa Hora Saludable y del Centro Deportivo Universitario.

Firma Funcionario

Vo.Bo Jefe Dependencia

Firma del(a) Conyugue del Funcionario(a)

Fecha de Entrega			
------------------	--	--	--