



INSTITUTO DE LA
**JUVENTUD
REGIA**

SOLICITUD DE LICENCIA LABORAL

Fecha de Solicitud (Día/Mes/Año) 16/Abril/2018

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre: Miguel Angel Villarreal Martinez Nómina: 900114
Puesto: Coordinador Operativo Coordinación: Operativa

TIPO DE SOLICITUD

LICENCIA CON GOCE DE SUELDO

A partir de _____ de _____ de _____, debiendo reintegrarse el _____ de _____ de _____

1 día 2 días

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nacimiento de: | a) Hijo del trabajador |
| <input type="checkbox"/> Matrimonio en esta ciudad de | a) Trabajador
b) Hijos |
| <input type="checkbox"/> Privación de la Libertad | a) Padres
b) Cónyuge
c) Hijo |
| <input type="checkbox"/> Intervenciones Quirúrgicas | a) Padres
b) Cónyuge
c) Hijos
d) Hermanos que vivan en casa del trabajador |

3 días

- | | |
|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fallecimiento de | a) Padres
b) Hijos |
| <input type="checkbox"/> Accidente grave de | c) Cónyuge
d) Hermanos |
| <input type="checkbox"/> Matrimonio fuera del Estado de N.L. de | a) Trabajador
b) Hijos |
| <input type="checkbox"/> Incendio o inundación | a) Hogar del Trabajador |
| <input type="checkbox"/> Hospitalización | a) Hijo |
| <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____ | |

Instrucciones: Se deberá marcar en el cuadro el inciso al que corresponde el motivo de la solicitud.

LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO

Por 60 día (s), por el motivo: personal

A partir de 29 de Abril de 2018, debiendo reintegrarse el 2 de Julio de 2018

Miguel Angel Villarreal Martinez
Nombre y Firma del Solicitante

AUTORIZACIÓN

Lic. Rosa Liliana Garza Elizondo
Coordinación Administrativa

Lic. Carlos Garcia Cantu
Encargado de la Dirección General