

## SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE LICENCIAS

Fecha :        /        /

Nombre del Trabajador :

Cargo Clasificado:        Cargo Funcional :

Departamento / Área :

Nombre de jefe inmediato :

Por medio de la presente, solicito me autorice la licencia correspondiente:

Motivo : Sin goce        Enfermedad/Accidente        Maternidad

: Paternidad        Lactancia        Adopción        OTRO

Mencionar OTRO :

Especificar motivo :

Días solicitados :        días

Fecha de permiso :        /        /

Fecha de inicio de Licencia :        /        /

Fecha de finalización :        /        /

Fecha de reanudación :        /        /

Si es por "Sin Goce",  
señale si se requiere Doc Sustento

Si:        No:

-----  
Vo. Bo. jefe inmediato

-----  
Firma del trabajador

**Llenado solo por RR.HH.**

Uso exclusivo de la Congregación Salesiana

Fecha:  /  /

Entrega de Doc. Respaldo: Si:  No:

Nro. de Documentos: (  )

-----  
1er. Vo. Bo. RR.HH.

Fecha:  /  /

Entrega de Doc. Sustento: Si:  No:

Nro. de Documentos: (  )

-----  
2do. Vo. Bo. RR.HH.

Autorización: Si:  No:

Comentarios: -----

-----  
Firma Ecnomo Inspectorial