OPD SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN

Dirección General, Dirección Administrativa

Departamento de Recursos Humanos

Solicitud de vacaciones / Insalubridad

Unidad: O.P.D. ◯ H.G.Z. ◯ C.V.N. ◯ C.V.S. ◯ C.V.F. ◯ C.V. Villa de Gpe. ◯ C.V. Sta Lucía ◯ C.V. Niña Eva ◯

Datos del Trabajador

Nombre del Trabajador _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

No. Empleado _____ Servicio _____ Horario_____

Días/descanso _____ Categoría _____

Tipo/Plaza: **Base** ◯ **Confianza** ◯ **Interinato** ◯ **T. Determinado** ◯

Esta solicitud deberá presentarse 10 días hábiles antes de la fecha de disfrute (Artículos 145 y 155 del Contrato Colectivo de Trabajo del O.P.D. "S.S.M.Z.").

VACACIONES

1er PERIODO ☐ **2do PERIODO** ☐ **3er PERIODO (Radiólogos Laboratoristas)** ☐

SEMANA DE INSALUBRIDAD ☐

No. de días _____ Del _____ del mes _____ de 20_____

al _____ del mes _____ de 20_____

Este documento es solo una solicitud y no será considerado como procedente hasta en tanto contenga ambas firmas de autorización y el sello de Recursos Humanos.

Fecha de solicitud _____ ,_____ ,_____
(día) (mes) (año)

Observaciones _____

AUTORIZACIÓN

_____
Firma del Trabajador
(manifiesto bajo protesta,decir la verdad)

_____
Jefe del Servicio

_____
Recursos Humanos

Sello de Recursos Humanos

HOSPITAL GENERAL DE ZAPOPAN

CRUZ VERDE NORTE CRUZ VERDE SUR CRUZ VERDE FEDERALISMO CRUZ VERDE VILLA DE GPE. CRUZ VERDE SANTA LUCÍA CRUZ VERDE NIÑA EVA