



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

FI-DRH-33 / 02072018

# SOLICITUD PERMISO POR FALLECIMIENTO

JEFATURA DE LA DEPENDENCIA DE ADSCRIPCIÓN

No. DE EMPLEADO

FECHA	DÍA	MES	AÑO
-------	-----	-----	-----

CONFORME AL TERCER PÁRRAFO DE LA CLÁUSULA 180 DEL CONTRATO COLECTIVO DEL TRABAJO 2018 - 2020 DE LA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA, SOLICITO A USTED 3 DÍAS POR PERMISO DE FALLECIMIENTO.

DÍA (S)	DÍA	MES	AÑO	AL	DÍA	MES	AÑO
---------	-----	-----	-----	----	-----	-----	-----

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
UNIDAD	DIVISIÓN / COORDINACIÓN GENERAL			DIRECCIÓN	
DEPARTAMENTO / COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA			ÁREA ACADÉMICA / SECCIÓN ADMINISTRATIVA		

MOTIVO:

ACTA DE DEFUNCIÓN DEL FAMILIAR <input type="checkbox"/>	EN CASO DE NO TENER REGISTRADO AL FAMILIAR COMO BENEFICIARIO PRESENTAR ACTA DE NACIMIENTO <input type="checkbox"/>
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN DEL FAMILIAR <input type="checkbox"/>	

INTERESADO

NOMBRE Y FIRMA

Vo. Bo. TITULAR DE LA DEPENDENCIA DE ADSCRIPCIÓN

NOMBRE Y FIRMA

SUBDIRECCIÓN DE PERSONAL O  
ÁREA DE RECURSOS HUMANOS DE UNIDAD

SELLO

T1 SUBDIRECCIÓN DE PERSONAL O ÁREA DE RECURSOS HUMANOS DE UNIDAD  
T2 DEPENDENCIA DE ADSCRIPCIÓN  
T3 INTERESADO