

LIC. IRMA ZAMORA CORTINA
SECRETARIA GENERAL DE LA
REGION XALAPA FESAPAUV
PRESENTE:

Por medio del presente solicito a bien tramitar ante las autoridades correspondientes: INCAPACIDAD MEDICA del día ____ de _____ al ____ de _____ de _____.

NOMBRE: _____
No. DE PERSONAL: _____
DEPENDENCIA: _____
CATEGORIA: _____
TIPO DE CONTRATACION: _____
NACIONALIDAD: _____
ANTIGÜEDAD: _____

Agradeciendo la atención que sirva prestar a la presente.

ATENTAMENTE

Xalapa-Equez., Ver., a ____ de _____ del _____.

Interesado

Nota: El original y copia del formato que tramita este Comité, deberá traer Sello de la dependencia, fecha de recibido dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha de inicio de la incapacidad, así como nombre y firma de quien recibe