



Sindicato del Personal Académico de la Universidad Autónoma de Chiapas



SOLICITUD DE LICENCIAS CON GOCE DE SUELDO

(SPA/SG/ F01)

, Chiapas; a de de

DIRECTOR/A, COORDINADOR/A DE LA FACULTAD/ESCUELA/INSTITUTO/CENTRO/DEPENDENCIA

Presente.

Nombre del académico (a):

Dependencia de Adscripción:

Categoría: N° de Plaza:

Correo electrónico: N° de Teléfono:

TIPO		ACREDITO CON	
Cláusula 26:			
➤ Incapacidad por maternidad.	<input type="checkbox"/>	➤ Licencia médica del ISSSTE	<input type="checkbox"/>
➤ Permiso de paternidad.	<input type="checkbox"/>	➤ Acta de nacimiento del menor o Constancia de alumbramiento	<input type="checkbox"/>
➤ Licencia de Adopción	<input type="checkbox"/>	➤ Acta de adopción	<input type="checkbox"/>
Cláusula 29:			
➤ Permiso por enfermedad del cónyuge, concubinario, hijos o padres.	<input type="checkbox"/>	➤ Constancia Internamiento ISSSTE	<input type="checkbox"/>
➤ Permiso por fallecimiento del cónyuge, concubinario, hijos o padres.	<input type="checkbox"/>	➤ Factura o recibo de honorarios médicos	<input type="checkbox"/>
➤ Licencia médica.	<input type="checkbox"/>	➤ Acta de defunción	<input type="checkbox"/>
➤ Permiso por matrimonio.	<input type="checkbox"/>	➤ Licencia médica del ISSSTE	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	➤ Constancia de matrimonio	<input type="checkbox"/>
PERIODO O DIAS SOLICITADOS		TIEMPO	
Día / Mes / Año		Total de días concedidos	
Inicio	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fin	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		

Atentamente

“Por la Democracia y Autonomía Sindical”

ELABORÓ

Firma del Trabajador

REVISÓ

Nombre y firma del Delegado

RECIBIÓ

Sello del SPAUNACH

C.c.p. Dirección de Personal y Prestaciones Sociales de la Universidad Autónoma de Chiapas
Delegado.
Interesado
Expediente Spaunach