

***FECHA: (2)***

**No. Empl. (1)c**

**NOMBRE DEL SERVIDOR(A) PÚBLICO (3)**

**NOMBRE APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO**

**FECHA DE LA INCIDENCIA (4) HORARIO DEL INCIDENTE: (5)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DEL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE LAS: A LAS:**

 Consulta médica / estudios médicos/ tramite de cita médica.

Anexo documentos probatorios por institución oficial de salud.

**NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE (A) INMEDIATO**

**NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR (A)**

**SELLO DE RECIBIDO DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS**

**SUBDIRECCIÓN DE ÁREA**

