

## PERMISO POR FALLECIMIENTO

Nombre de el/la trabajador/a: \_\_\_\_\_

Área de Adscripción: \_\_\_\_\_

Nombre d el/la Secretario/a General, Director/a General o Titular de Área: \_\_\_\_\_

Parentesco con el Familiar: \_\_\_\_\_

Fecha en que aconteció el fallecimiento del familiar:

Día	Mes	Año

Días de Permiso:

Día	Mes	Año

**NOTA:** Este permiso se otorgará por **tres días hábiles** al personal cuando ocurra el fallecimiento de algún familiar, tanto ascendente como descendente, en línea colateral hasta el segundo grado y por afinidad, esto a partir del momento en que el suceso acontezca.

**LO ANTERIOR LO HAGO DE SU CONOCIMIENTO Y BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD.**

Firma del trabajador/ trabajadora	Nombre y firma de quien Autoriza
	SECRETARIO/A GENERAL, DIRECTOR/A GENERAL O TITULAR DE ÁREA