

NOTIFICACIÓN DE AUSENCIAS

FECHA:		DATOS DE LA SOLICITUD	
DATOS DEL TRABAJADOR			
Nombre y Apellido:			
Cédula de Identidad:			
Cargo:			
Departamento/ Dirección:			
TIPO DE AUSENCIA			
	SEMANA DE GRACIA	Desde: ___/___/___	Primera Semana
		Hasta: ___/___/___	Segunda Semana
	VACACIONES NO COLECTIVAS	Desde: ___/___/___	Fecha de Reincorporación:
		Hasta: ___/___/___	___/___/___
	PERMISO REMUNERADO	Desde: ___/___/___	<u>JUSTIFICACIÓN</u> Nacimiento de Hijo Muerte de Familiar Matrimonio Otro (Explique en Observaciones)
		Hasta: ___/___/___	
	DESCANSO COMPENSATORIO	El día: ___/___/___ por domingo laborado el: ___/___/___	
		El día: ___/___/___ por domingo laborado el: ___/___/___	
OBSERVACIONES:			
Nombre del Supervisor		Sello Departamento	Vo.bo. Administración URBE TELEVISIÓN Y FM
Firma			Nombre del Trabajador
			Firma

PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS AL PERSONAL

RECIBIDO POR	FECHA	FIRMA Y SELLO

La recepción de esta solicitud no implica aprobación de la misma