

SOLICITUD DE CAMBIO DE HORARIO

FECHA:		DATOS DE LA SOLICITUD	
DATOS DEL TRABAJADOR			
Nombre y Apellido:			
Cédula de identidad:			
Cargo:			
Departamento/ Dirección:			
CAMBIO DE HORARIO			
<i>Favor seleccione una de las opciones que se presentan a continuación:</i>		Horario actual :	Fecha efectiva nuevo horario:
		de: ____ a: ____ y de: ____ a: ____	___/___/___
		Horario nuevo:	Desde: ___/___/___
<input type="checkbox"/> HORARIO DEFINITIVO		de: ____ a: ____ y de: ____ a: ____	Hasta: ___/___/___
<input type="checkbox"/> HORARIO TEMPORAL			
OBSERVACIONES:			
Nombre del Supervisor	Sello Departamento	Vo.Bo. Administración URBE TELEVISIÓN Y FM	Nombre del Trabajador
Firma			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