



UNIVERSIDAD
Rafael Bellosó Chacín

Forma RRHH-06
Departamento de Servicios al
Personal

SOLICITUD DE CAMBIO DE HORARIO

FECHA:		DATOS DE LA SOLICITUD	
DATOS DEL TRABAJADOR			
Nombre y Apellido:			
Cedula 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: ____	___/___/___
<input type="checkbox"/>	HORARIO DEFINITIVO	Horario Nuevo:	Desde: ___/___/___
<input type="checkbox"/>	HORARIO TEMPORAL	De: ____ a: ____ y De: ____ a: ____	Hasta: ___/___/___
OBSERVACIONES:			
Nombre del Supervisor		Sello Departamento	V.bo. Dirección de Recursos Humanos
Firma			Nombre del Trabajador
			Firma

PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS AL PERSONAL

RECIBIDO POR	SELLO	FIRMA

La recepción de esta solicitud no implica aprobación de la misma