

SOLICITUD DE HORAS NOCTURNAS

Día	Mes	Año

1) IDENTIFICACIÓN DEL FUNCIONARIO

Nombre Completo	Nº Cargo
Denominación del cargo	Repartición
Correo electrónico:	

2) SOLICITUD

PERÍODO						CANTIDAD HORAS NOCTURNAS MENSUALES
DESDE			HASTA			

FUNDAMENTACIÓN:

FIRMA DEL SUPERVISOR:

FECHA:

FIRMA DEL DIRECTOR:

FECHA:

3) INFORME DE CONTADURÍA

EXISTE DISPONIBILIDAD		HASTA	DÍA	MES	AÑO
SI	NO				
FIRMA:			FECHA:		

4) COMISIÓN DE ASUNTOS ADMINISTRATIVOS

FIRMAS:

FECHA:

5) AUTORIZACIÓN

Se autoriza la presente solicitud de horas nocturnas: **SI** **NO**
Sujeto a disponibilidad y si no existe objeciones por parte
de la Comisión de Asuntos Administrativos

FIRMA:

FECHA:

6) NOTIFICACIÓN AL INTERESADO

FIRMA:

FECHA:

7) DEPARTAMENTO DE PERSONAL

FIRMA:

FECHA: