



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN  
DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS  
FORMATO DE SOLICITUD DE PERMISO LABORAL Y REGISTRO DE INCIDENCIAS  
PARA PERSONAL ADSCRITO A LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL**

Fecha de elaboración: \_\_\_\_\_

Nombre del(la) trabajador(a)	CURP	Huella
Área de adscripción	Clave de centro de trabajo	

Sostenimiento:      Federal              Estatal, especifique número de empleado: \_\_\_\_\_

Tipo de Incidencia:

Permiso económico, especificar días disfrutados en el ejercicio fiscal actual: \_\_\_\_\_

Licencia médica                      Permiso por paternidad                      Cuidados maternos/paternos

Permiso por defunción                      Permiso por matrimonio

Folio identificador del documento oficial	Día	Mes	Año	No. hojas anexas

Especificar los días que comprende el trámite

Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Total de días solicitados: \_\_\_\_\_                      Fecha de retorno: \_\_\_\_\_

Solicita

Autoriza

Nombre

Nombre y firma del(la) trabajador(a)

Cargo

Recibe	Procesa