

**FORMATO DE INCIDENCIAS
ACADEMICAS**

**MTR. ULISES MARTINEZ AJA
SECRETARIO ADMINISTRATIVO**

AGRADECERÉ A USTED SE SIRVA DAR TRÁMITE A LO SEÑALADO A CONTINUACIÓN:

FECHA: _____

NOMBRE DEL PROFESOR

	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
NOMBRAMIENTO	_____	_____	_____
AREA DE ADSCRIPCIÓN:	_____		
NÚM. EMPLEADO:	_____		TURNO: _____
HORARIO :	_____		
CORREO ELECTRÓNICO:	_____		TELÉFONO: _____

MARCAR CON UNA "X" EL TIPO DE INCIDENCIA

OMISIÓN DE REGISTRO DE FIRMA <input type="checkbox"/>	FECHA DE LA OMISIÓN: _____	LICENCIA MÉDICA POR CUIDADOS MATERNOS DÍAS OTORGADOS <input type="checkbox"/> A PARTIR DE: ____ A ____
COMISIÓN <input type="checkbox"/>	FECHA: A PARTIR DE: ____ A ____	LICENCIA CON GOCE DE SALARIO- Cláusula 69/1 1 2 3 A PARTIR DE: ____ A ____
INCAPACIDAD: <input type="checkbox"/>	NÚM. DE DÍAS DE INCAPACIDAD <input type="checkbox"/> FECHA: A PARTIR DE: ____ A ____	LICENCIA SIN GOCE DE SALARIO- Cláusula 69/2 A PARTIR DE: ____ A ____

Nota: En el caso de las incidencias por comisión, incapacidad ó cuidados maternos deberá anexar la constancia correspondiente en un lapso no mayor a cinco días hábiles.

OBSERVACIONES:

AUTORIZA
FIRMA

SECRETARIA ACADÉMICA
NOMBRE

NOMBRE Y FIRMA DEL ACADÉMICO