



PERMISO POR FALLECIMIENTO

Nombre de el/la trabajador/a: _____

Área de adscripción: _____

Nombre de el/la Secretario/a General, Director/a General o Titular del Área:

Parentesco con el familiar: _____

Fecha en que aconteció el fallecimiento del familiar:

Día	Mes	Año

Días de permiso:

Día	Mes	Año

**LO ANTERIOR LO HAGO DE SU CONOCIMIENTO Y BAJO PROTESTA DE
DECIR VERDAD**

Firma del trabajador/trabajadora	Nombre y firma de quien autoriza
	Secretario/a General, Director/a General o Titular de Área

NOTA: Este permiso se otorgará por **tres días hábiles** al personal cuando ocurra el fallecimiento de algún familiar, tanto ascendente como descendente, en línea colateral hasta el segundo grado y por afinidad, esto a partir del momento en que el suceso acontezca.