



ANEXO IV

DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

FORMULARIO DE PERMISOS Y JUSTIFICATIVOS
Funcionarios Permanentes y Comisionados al TSJE

Asunción, ____ de ____ de ____

Señores
DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
Presente

Nombres y apellidos: C.I. N°

Dependencia: Horario:

Domicilio particular: Teléfono particular: Interno:

VÍNCULO LABORAL: Permanente Comisionado de otra institución

Tiene el agrado de dirigirse a ustedes, a fin de:

- Justificar ausencia por: → Comisión Salud (Se adjunta Certificado Médico)
- Solicitar permiso por: → Particular* PAP- Mamografía (Ley N°6211/2018)
- PSA (Ley N° 6280/2019)

*Motivo del permiso particular:

FECHA: Desde: ____ / ____ / ____ Hasta: ____ / ____ / ____

<input type="checkbox"/> Solicitar permiso por: <input type="checkbox"/> Justificar ausencia por: (Adjuntar documento) <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Examen final Del ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____	Solicitar permiso por Lactancia (Adjuntar documento): <input type="checkbox"/> Primera vez: del ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ Entrada <input type="checkbox"/> Salida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prórroga del ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ Entrada <input type="checkbox"/> Salida <input type="checkbox"/> Horario: _____	Justificar ausencia por Duelo por fallecimiento de: (Adjuntar documento) <input type="checkbox"/> Madre o Padre <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Suegro/a <input type="checkbox"/> Otros parientes Del ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Justificar Llegada Tardía Fecha: ____ / ____ / ____ Hora de Registro de entrada: _____ <input type="checkbox"/> A cuenta de permiso particular (Se adjunta documento) – Saldo ____ días. <input type="checkbox"/> Salud (Se adjunta Certificado Médico) <input type="checkbox"/> Comisión (Se adjunta Orden de Trabajo)	<input type="checkbox"/> Justificar Salida Anticipada Fecha: ____ / ____ / ____ Hora de Registro de salida: _____ <input type="checkbox"/> A cuenta de permiso particular (Se adjunta documento) – Saldo ____ días. <input type="checkbox"/> Salud (Se adjunta Certificado Médico) <input type="checkbox"/> Comisión (Se adjunta Orden de Trabajo)	<input type="checkbox"/> Justificar no marcación de entrada/salida Fecha: ____ / ____ / ____ Hora de Registro de entrada salida: _____ <input type="checkbox"/> A cuenta de permiso particular (Se adjunta documento) – Saldo ____ días. <input type="checkbox"/> Salud (Se adjunta Certificado Médico) <input type="checkbox"/> Comisión (Se adjunta Orden de Trabajo)

Firma del solicitante

V°B° del/la/ los/ Superior/es
Firma y Sello