



ANEXO V

DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

FORMULARIO DE PERMISOS Y JUSTIFICATIVOS

Personal contratado

Asunción, ____ de ____ de ____

Señores

DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Presente

Nombres y apellidos: C.I.N°

Dependencia: Horario:

Domicilio particular: Teléfono particular: Interno:

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

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Justificar ausencia por: → | <input type="checkbox"/> Licencia* | <input type="checkbox"/> Salud (Se adjunta Certificado Médico) |
| <input type="checkbox"/> Solicitar permiso por: → | <input type="checkbox"/> Comisión | <input type="checkbox"/> PAP- Mamografía (Ley N°6211/2018) |
| | | <input type="checkbox"/> PSA (Ley N° 6280/2019) |

* Motivo licencia:

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"/> Licencia <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"/> Licencia <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"/> Licencia <input type="checkbox"/> Salud (Se adjunta Certificado Médico) <input type="checkbox"/> Comisión (Se adjunta Orden de Trabajo)

El visto bueno del superior jerárquico implica que el permiso solicitado no afecta las labores de la dependencia a su cargo, por lo que el mismo asume personalmente la responsabilidad en caso de no ajustarse a las disposiciones normativas vigentes.

Firma del solicitante

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