



SECRETARÍA DE
**EDUCACIÓN
Y CULTURA**
GOBIERNO
DE SONORA

**FORMATO ÚNICO DE JUSTIFICACIÓN DE
INASISTENCIAS
CONTROL DE ASISTENCIA**
ADMINISTRACIÓN CENTRAL

Lugar y Fecha _____.
Nombre: _____ **No. De Checador** _____.
Adscripción: _____ **Tel/Ext.:** _____.

Seleccionar el motivo de justificación que corresponda.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vacaciones | <input type="checkbox"/> Cambio de Horario |
| <input type="checkbox"/> Comisión Fuera del Edificio | <input type="checkbox"/> Cuidados Maternos |
| <input type="checkbox"/> Compensación de Tiempo | <input type="checkbox"/> Eventos |
| <input type="checkbox"/> Consulta Médica | <input type="checkbox"/> Matrimonio |
| <input type="checkbox"/> Comisión de Trabajo Fuera de la Ciudad | <input type="checkbox"/> Defunción |
| <input type="checkbox"/> Permiso Personal (Personal Estatal) | <input type="checkbox"/> Asuntos Familiares Graves (Personal Estatal) |
| <input type="checkbox"/> Permiso Económico | <input type="checkbox"/> Comisión Sindical |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad Médica | <input type="checkbox"/> Lic. Pre jubilatoria |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad Por Gravidéz | <input type="checkbox"/> Personal de Nuevo Ingreso |
| <input type="checkbox"/> Permiso por Adopción | <input type="checkbox"/> Permiso por Lactancia |
| <input type="checkbox"/> Lic. Sin Goce de Sueldo | <input type="checkbox"/> Extensión de Lactancia (Personal Estatal) |
| <input type="checkbox"/> Permiso por Paternidad | <input type="checkbox"/> Cuidados Paternos (Custodia de Hijos) |
| <input type="checkbox"/> Cuidados Paliativos (Dictamen Médico) | |

Efectos: Desde _____ **Hasta** _____ **Mes** _____ **Año** _____

Documentación soporte si () No ()

Observaciones:

Firma del Interesado

FIRMA Y SELLO DE PERSONAL AUTORIZADO

DIRECTOR DE ÁREA

DIRECTOR GENERAL