



SOLICITUD DE LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO

Solicito se dé trámite a la presente, en los términos que se establecen en la Normatividad para el otorgamiento de licencias sin goce de sueldo para los Trabajadores de la Educación afiliados a la Sección 54 del S.N.T.E., formalizado el 04 de Junio de 1998:

DATOS DEL INTERESADO

NOMBRE COMPLETO: _____

CATEGORIA(S): _____ PLAZA(S): _____

R.F.C. _____ ASIGNATURA(S): _____

CENTRO(S) DE TRABAJO EN EL(LOS) CUAL(ES) SOLICITA LICENCIA: _____

Teléfonos donde se puede localizar: _____

Correo electrónico: _____

TÉRMINOS DE LA SOLICITUD

LICENCIA _____ PRÓRROGA _____

DURACION: _____
(ESPECIFICAR NO. DE MESES)

FECHA DE INICIO _____ FECHA DE TÉRMINO _____

MOTIVO: _____

Los trabajadores de la educación que requieran una prórroga de licencia después de haber gozado de seis meses de licencia, por razones de salud de un familiar directo; por ocupar un puesto de elección popular y/o cargo de confianza en una dependencia municipal, estatal o federal; o por realizar estudios; y deberán anexar el documento oficial que lo acredite.

Manifiesto tener pleno conocimiento de los procedimientos operacionales y en materia salarial que esto implica, y que en caso de solicitar prórroga debo hacerlo conforme a normatividad con mínimo 7 días hábiles de anticipación.

Asimismo que tengo pleno conocimiento de **Normatividad de Licencia Sin Goce de Sueldo** publicada en:
<https://portales.sec.gob.mx/rh/formatos> dentro del apartado de Dirección de Personal Estatal.

NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO

PARA USO EXCLUSIVO ADMINISTRACION DE PERSONAL S.E.C. VERIFICÓ: AUTORIZA: FECHA: FIRMA DE QUIEN RECIBE Y SELLO OFICIAL
--

LUGAR Y FECHA

FAVOR DE CERTIFICAR CON SELLO

Vo. Bo.

DIRECTOR DE ESCUELA

SUPERVISOR DE ZONA

DIRECTOR DE AREA(Personal S.E.C.)

NOMBRE Y FIRMA

CCP. INTERESADO (Deberá enviar copia al titular de su centro de trabajo del acuse de recibido)