

SOLICITUD PERMISO POR FALLECIMIENTO

JEFATURA DE LA DEPENDENCIA DE ADSCRIPCIÓN

NÚM. ECONÓMICO:

FECHA

DÍA

MES

AÑO

CONFORME AL TERCER PÁRRAFO DE LA CLÁUSULA 180 DEL CONTRATO COLECTIVO DEL TRABAJO 2026 - 2028

DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA, SOLICITO A USTED 5 DÍAS POR PERMISO DE FALLECIMIENTO.

DÍA (S)	DÍA	MES	AÑO	AL	DÍA	MES	AÑO	
---------	-----	-----	-----	----	-----	-----	-----	--

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
UNIDAD		DIVISIÓN / COORDINACIÓN GENERAL		DIRECCIÓN	
DEPARTAMENTO / COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA				ÁREA ACADÉMICA / SECCIÓN ADMINISTRATIVA	

MOTIVO:

ACTA DE DEFUNCIÓN DEL FAMILIAR

☐

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN DEL FAMILIAR

☐

EN CASO DE NO TENER REGISTRADO AL FAMILIAR COMO BENEFICIARIO
PRESENTAR ACTA DE NACIMIENTO

☐

INTERESADO

NOMBRE Y FIRMA

Vo. Bo. TITULAR DE LA DEPENDENCIA DE ADSCRIPCIÓN

NOMBRE Y FIRMA

SUBDIRECCIÓN DE PERSONAL O
ÁREA DE RECURSOS HUMANOS DE UNIDAD

SELLO

T1 SUBDIRECCIÓN DE PERSONAL O ÁREA DE RECURSOS HUMANOS DE UNIDAD

T2 DEPENDENCIA DE ADSCRIPCIÓN

T3 INTERESADO