

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

FORMATO DE INCIDENCIAS

MTRO. LUIS ALBERTO HUERTA LÓPEZ
SECRETARIO ADMINISTRATIVO

AGRADECERÉ A USTED SE SIRVA DAR TRÁMITE A LO SEÑALADO A CONTINUACIÓN:

FECHA: _____

NOMBRE DEL PROFESOR

| | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S) |
|----------------------|------------------|------------------|-----------------|
| NOMBRAMIENTO | _____ | _____ | _____ |
| AREA DE ADSCRIPCIÓN: | _____ | | |
| NÚM. EMPLEADO: | _____ | _____ | TURNO: _____ |
| HORARIO : | _____ | | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | _____ | _____ | TELÉFONO: _____ |

MARCAR CON UNA "X" EL TIPO DE INCIDENCIA

| | | |
|---|---|---|
| OMISIÓN DE REGISTRO DE FIRMA <input type="checkbox"/> | FECHA DE LA OMISIÓN: _____ | LICENCIA MÉDICA POR CUIDADOS MATERNOS DÍAS OTORGADOS <input type="checkbox"/> A PARTIR DE: ____ A ____ |
| COMISIÓN <input type="checkbox"/> | FECHA: A PARTIR DE: ____ A ____ | LICENCIA CON GOCE DE SALARIO- Cláusula 69/1 1 2 3 A PARTIR DE: ____ A ____ |
| INCAPACIDAD: <input type="checkbox"/> | NÚM. DE DÍAS DE INCAPACIDAD <input type="checkbox"/> FECHA: A PARTIR DE: ____ A ____ | LICENCIA SIN GOCE DE SALARIO- Cláusula 69/2 A PARTIR DE: ____ A ____ |

Nota: En el caso de las incidencias por comisión, incapacidad ó cuidados maternos deberá anexar la constancia correspondiente en un lapso no mayor a cinco días hábiles.

OBSERVACIONES:

AUTORIZA
FIRMA

SECRETARIA ACADÉMICA
NOMBRE

NOMBRE Y FIRMA DEL ACADÉMICO