



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA/S.E.E.S.
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

SOLICITUD DE PRÓRROGA DE LICENCIA CON GOCE DE SUELDO POR ESTUDIOS DE TIPO SUPERIOR

INFORME ACTIVIDADES DEL BECARIO:

HOJA _____ DE _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR : _____

NACIONALIDAD: _____ TIEMPO DE RESIDENCIA EN EL ESTADO: _____
(mínimo 5 años)

REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES: _____ CURP _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

PLAZAS BASE DEL TRABAJADOR:		
(ANOTAR CLAVES		
PRESUPUESTALES)		

ADSCRIPCIÓN ORIGINAL
(CENTRO DE TRABAJO) _____

NOMBRE, DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE LA ESCUELA DONDE REALIZARÁ SUS ESTUDIOS: _____

PERÍODO DE TIEMPO PARA EL QUE SE SOLICITA LA LICENCIA: _____

PARA SOLICITUDES DE PRÓRROGAS DE LICENCIAS CON GOCE DE SUELDO POR ESTUDIOS DE TIPO SUPERIOR:

INCLUYE

	SI	NO
1.- HORARIO Y CALENDARIO OFICIAL DE CLASES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN DEL PERÍODO DE LICENCIA SOLICITADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- KARDEX O CONSTANCIA DE CALIFICACIONES DEL ÚLTIMO PERÍODO CURSADO (MÍNIMO 90 O EL EQUIVALENTE EN OTRA ESCALA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NOTA: ESTA SOLICITUD NO SERÁ TRAMITADA ANTE LA COMISIÓN MIXTA SI NO CONTIENE LOS ANEXOS REQUERIDOS; UNA VEZ AUTORIZADA O NEGADA POR ESA INSTANCIA, SE NOTIFICARÁ POR ESCRITO AL INTERESADO, ASÍ COMO A LA SECCIÓN SINDICAL QUE HIZO LA PROPUESTA, TURNÁNDOSE COPIA A LAS ÁREAS CORRESPONDIENTES DE LA SEC/SEES.

"ME COMPROMETO A REINTEGRARME A MI CENTRO DE TRABAJO ORIGINAL EN CASO DE QUE SEA CANCELADA MI LICENCIA CON GOCE DE SUELDO PARA ESTUDIOS DE TIPO SUPERIOR, NO SEA AUTORIZADA LA PRÓRROGA O AL TÉRMINO DE LA MISMA, Y A ENVIAR COPIA DE MI OFICIO DE PRESENTACIÓN EN MI CENTRO DE TRABAJO A LA DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS DE LA SEC/SEES; ESTOY CONSCIENTE QUE EN CASO DE NO REINTEGRARME A MIS LABORES EN MI CENTRO DE TRABAJO, AL CUARTO DÍA DE QUE FINALICE MI LICENCIA CON GOCE DE SUELDO PARA ESTUDIOS DE TIPO SUPERIOR SE ME LEVANTARÁ CONSTANCIA POR FALTAS INJUSTIFICADAS, PARA PROCEDER A LA TERMINACIÓN LABORAL".

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR

FAVOR DE LLENAR A MÁQUINA O LETRA DE MOLDE ESTA SOLICITUD O SOLICITAR A LA DIRECCIÓN DE PERSONAL ESTATAL ESTE FORMATO POR CORREO ELECTRÓNICO PARA EFECTUAR POR COMPUTADORA EL LLENADO CORRESPONDIENTE. CUALQUIER DUDA, COMUNICARSE AL TELÉFONO (01 662) 2897600 ext. 1221 CORREO ELECTRÓNICO leyvav.yolanda@sonora.edu.mx

DATOS A LLENAR POR LA DIRECCION GENERAL DE RECURSOS HUMANOS SEC/SEES

C. Yolanda Leyva Valdez

Nombre y firma del funcionario que recibe

AUTORIZA:

Lic. Ricardo Alcaraz Ruíz

Director General de Recursos Humanos

Nombre y firma del funcionario

Fecha y hora

REvisa:

Lic. Norma Lilián Gutiérrez León

Directora de Personal Estatal

Nombre y firma del funcionario

Fecha y hora