

 **Asunto**: Se solicita licencia SIN goce de sueldo.

 Cuernavaca, Mor, a

**C.P. LLUVIA ABRIL FRANCO VÁZQUEZ**

**SUBDIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS**

P R E S E N T E

Con fundamento en lo establecido por el artículo 159 fracción \_\_\_ de las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud vigentes, el (la) suscrito(a) C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con clave presupuestal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, actualmente adscrito(a) a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y con una antigüedad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ año(s) de servicio, solicito me sea autorizada licencia sin goce de sueldo por el periodo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

De igual forma manifiesto a usted que como lo establece la Normatividad Artículo 169 de las Condiciones Generales de Trabajo, daré aviso de reincorporación a mis labores quince días (como mínimo) antes de que venza la licencia en mención.

Sin más por el momento, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E

C.

C.c.p. Control de Asistencia

