

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 89
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

FORMATO DE SOLICITUD DE PERMISO

Guadalajara, Jal., a ____ del mes de _____ del 20__

Dr. Juan Manuel Carranza Rosales
Coordinador clínico de educ. e investigación en salud

Por este medio, solicito a usted permiso de ausentarme de mi servicio de adscripción por el periodo de tiempo abajo señalado, de conformidad con los siguientes datos:

SERVICIO DE ADSCRIPCIÓN

CATEGORIA: CICLO CINICO () MEDICO INTERNO() PASANTE() RESIDENTE()

GUARDIA: A () B () C () D () E ()

PERMISO EL DIA ____ DEL MES _____ AL DIA ____ DEL MES _____ DEL AÑO 20__

CON MOTIVO DE:

Anexo a esta solicitud documento probatorio.

A T E N T A M E N T E

NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO

Nombre y Firma
JEFE DEL DEPARTAMENTO O
ENCARGADO DE SERVICIO

Nombre y Firma
Profesor o Tutor
PROFESOR

Vo Bo. Dr Juan Manuel Carranza Rosales
COORD DE EDUCACION E INVEST EN SALUD

Llenar todos los espacios y entregar 1 original y 2 copias además del documento que sustente o justifique la solicitud del permiso. (Solo se autorizarán permisos para trámites administrativos, universitarios, legales y los incluidos en el artículo 65 del contrato colectivo de trabajo del SNTSS – IMSS 2019-2021)

Entregar Original: Enseñanza
1ra. Copia: Jefe de Servicio
2da. Copia: Alumno Solicitante