



INICIAL

PRORROGA

INFORME ACTIVIDADES DE PERSONAL A REUBICAR POR RECOMENDACIÓN DE ISSSTESON

HOJA DE

NOMBRE DEL TRABAJADOR A REUBICAR: _____

REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES: _____

DIRECCION: _____ TELEFONO _____

CORREO ELECTRONICO: _____

PLAZAS A REUBICAR: (ANOTAR CLAVES PRESUPUESTALES)		

ADSCRIPCION ORIGINAL (CENTRO DE TRABAJO) _____

LUGAR DE REUBICACION: _____

HORARIO DE LABORES: _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO DEL LUGAR DE REUBICACION: _____

PUESTO QUE DESEMPEÑARA EN EL LUGAR DE REUBICACION: _____

NOMBRE Y PUESTO DEL JEFE INMEDIATO: _____

PERIODO DE TIEMPO PARA EL QUE SE SOLICITA LA REUBICACION ISSSTESON: _____

POR FAVOR SEÑALE LA ENFERMEDAD MOTIVO DE LA REUBICACION: _____

POR FAVOR DESCRIBA EN EL SIGUIENTE RECUADRO, LAS FUNCIONES QUE DESEMPEÑARA EL TRABAJADOR REUBICADO: (PROGRAMA DE TRABAJO, EN CASO DE NECESITAR MAS ESPACIO UTILIZAR EL REVERSO DE ESTA HOJA)

LUGAR Y FECHA:

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR	NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO Y DEL DIRECTOR DEL NIVEL EDUCATIVO DE ADSCRIPCION DEL TRABAJADOR (FAVOR DE CERTIFICAR CON LOS SELLOS DE LAS OFICINAS)
-------------------------------	---

NOTA (1).- FAVOR DE LLENAR A MAQUINA O TRANSCRIBIRLO EN COMPUTADORA.

NOTA (2).- SI REQUIERE DE MAS ESPACIO PARA DETALLAR LAS FUNCIONES, FAVOR DE ANEXAR LAS HOJAS NECESARIAS, PROCURANDO QUE EN CADA UNA DE ELLAS CONTENGA LAS FIRMAS DEL TRABAJADOR Y DEL JEFE INMEDIATO.

NOTA (3).- ESTA SOLICITUD DEBERA LLEVAR ANEXO EL DICTAMEN RECIENTE DE ISSSTESON, DE LO CONTRARIO NO SE ACEPTARA.