

"2025. Bicentenario de la vida municipal en el Estado de México".

**JUSTIFICACIÓN POR CAUSAS MÉDICAS**

FO-RH-29

Versión: quinta  
Fecha: enero 2025

			FECHA		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	No. Empl. (1c)
NOMBRE DEL SERVIDOR(A) PÚBLICO (3)									
NOMBRE			APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			
FECHA DE LA CONSULTA MÉDICA		EL _____ DE _____		DEL _____		DE LAS: <input type="text"/>		A LAS: <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Consulta médica / estudios médicos/ tramite de cita médica. *Anexo documentos probatorios por institución oficial de salud. *Es obligatorio el llenado completo de este documento.									
NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR (A)					NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE (A) INMEDIATO				
SUBDIRECCIÓN DE ÁREA					SELLO DE RECIBIDO DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAL				

