



INSTITUCION EDUCATIVA
SANTIAGO VILA ESCOBAR
NIT 809002781-8

FORMATO SOLICITUD DE PERMISO LABORAL

DATOS DEL SOLICITANTE	
NOMBRES	
APELLIDOS	
CEDULA N°	

FECHA: <i>DÍA / MES / AÑO</i>

MARQUE CON UNA "X" SI ES:	
ADMINISTRATIVO	
DOCENTE	

NUMERO DE DIAS QUE SOLICITA	
-----------------------------	--

CLASE DE PERMISO:
REMUNERADO

<i>ESPACIO PARA SELLO UNIDAD CORRESPONDENCIA I.E.</i>

MARQUE CON "X" SU JORNADA LABORAL		
MAÑANA	TARDE	N/A

RELACIONE LAS FECHAS DEL PERMISO SOLICITADO	FECHA: 1
	<i>DÍA / MES / AÑO</i>
	FECHA: 2
	<i>DÍA / MES / AÑO</i>
	FECHA: 3
	<i>DÍA / MES / AÑO</i>

MOTIVO DE LA SOLICITUD: _____

FIRMA SOLICITANTE

RECIBIDO SOLICITANTE
FECHA: *DÍA / MES / AÑO*

AUTORIZACIÓN :

HERIBERTO GUALTERO SANCHEZ
C.C. 5.986.712
RECTOR

Firma Cordinación

NOTA: La solicitud debe ser radicada en la unidad de correspondencia de la institución con mínimo cinco (5) días de anticipación.
La rectoría autoriza hasta tres días, en caso de requerir mas días favor dirigirse a la Secretaría de Educación Municipal de Ibagué.

Adjunto: (_____) folios.