

**C. DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS  
PRESENTE:**

ME PERMITO INFORMAR A USTED LA SIGUIENTE INCIDENCIA, PARA SUS EFECTOS NOMINALES CORRESPONDIENTES:

JUSTIFICACIÓN DE INCAPACIDAD MEDICA No. \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

FECHA DE EXPEDICIÓN: \_\_\_\_\_

PERIODO DE INCAPACIDAD: \_\_\_\_\_

AREA DE ADSCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_

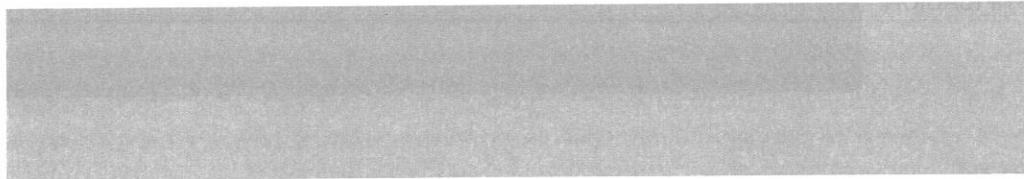
NOMBRE DEL TRABAJADOR: \_\_\_\_\_

(MARQUE CON UNA X)

ENFERMEDAD   
ESTADO DE GRAVIDEZ   
AUTORIZACION DE LACTANCIA

OTRO:   
(ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

JUSTIFICACIÓN:



NOTA: DEBERA ANEXARSE LA INCAPACIDAD EXPEDIDA POR EL IMSS EN ORIGINAL, PRESENTARSE MAXIMO A LAS 24 HORAS DE SU EXPEDICION.

Solicitante

Autorizó

Comentarios:

\_\_\_\_\_  
(nombre y firma)

\_\_\_\_\_  
Directora de Recursos Humanos