UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN
FACULTAD POLITÉCNICA
Dirección de Gestión de Personas
Dpto. de Control de Asistencia

FORMULARIO

SOLICITUD DE VACACIONES/PERMISO/CAMBIO DE HORARIO/NO REGISTRO

DATOS DEL FUNCIONARIO

NOMBRE(S) APELLIDO(S): _____

C.I. Nº: _____

DIRECCIÓN

○DECANATO	○VICEDECANATO	○GABINETE DE DECANATO	○ASESORÍA JURÍDICA
○AUDITORÍA INTERNA	○SECRETARÍA PRIVADA	○ASESORÍA ACADÉMICA	○AUDITORÍA ACADÉMICA
○PLANIFICACIÓN	○EXCELENCIA INSTITUCIONAL	○COMUNICACIÓN	○GESTIÓN DE PERSONAS
○ACADÉMICA	○FILIALES	○ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS	○TEC. DE INF. Y COMUNICACIÓN
○INVESTIGACIÓN	○EXTENSIÓN UNIVERSITARIA	○SECRETARÍA DE LA FACULTAD	○LAMDA
○OFAPOL	○UGPI		

DEPARTAMENTO: _____

FECHA DEL NO REGISTRO, CAMBIO DE HORARIO, PERMISO POR HORAS O PERMISO POR UN DÍA

FECHAS DEL CAMBIO DE HORARIO, PERMISO POR HORAS O PERMISO POR PERIODO

DESDE				HASTA			

SELECCIONAR TIPO

☐**NO REGISTRO**	☐**CAMBIO DE HORARIO**		☐**PERMISO POR HORA**
	HORARIO SOLICITADO	**HORARIO HABITUAL**	**HORARIO SOLICITADO**
○ENTRADA	DESDE:	DESDE:	DESDE:
○SALIDA	HASTA:	HASTA:	HASTA:

MOTIVO: _____

☐**PERMISO POR DÍA/POR PERIODO** (SELECCIONAR MOTIVO)

COMPENSACIÓN DE HORAS (R.I. ART. 19)
○Compensación por horas acumuladas(fechas):

_____

○**PERMISO SIN GOCE DE SUELDO (R.I. ART. 33)**

PERMISOS CON GOCE DE SUELDO DEL FUNCIONARIO (R.I. ART. 34)
○POR PATERNIDAD (INC. A)
○POR MATERNIDAD (INC. B)
○POR LACTANCIA (INC. C)
○POR ADOPCIÓN (INC. D)
○POR CUMPLEAÑOS (INC. E)
○POR MATRIMONIO (INC. F)
○POR FALLECIMIENTO (DUELO) (INC. G)

PERMISOS CON GOCE DE SUELDO DEL FUNCIONARIO (R.I. ART. 34)
○POR ENFERMEDAD DEL FUNCIONARIO (INC. H 1.)
○POR ENFERMEDAD DEL CÓNYUGE, HIJO/A, MADRE O PADRE (INC. H 2.)
○PARA SOMETERSE A EXÁMENES DE PAP, MAMOGRAFÍA... (INC. I)
○POR EXAMEN (INC. J)
○POR RAZONES ATENDIBLES O DE FUERZA MAYOR (INC. K)
○POR CURSOS DE CAPACITACIÓN, ESPECIALIZACIÓN, CONGRESOS… (INC. L)

○**VACACIONES (R.I. ART. 35)**

○**COMISIONAMIENTO (R.I. ART. 35)**

OBSERVACIONES DEL DIRECTOR

_____

FIRMAS Y AUTORIZACIONES

Firma del solicitante	**V°B° del Superior Inmediato Firma y sello**	**V°B° del Jefe Inmediato Firma y sello**	**V°B° del Director Firma y sello**

RECEPCIÓN Y DERIVACIÓN DEL FORMULARIO

Dependencia de Origen:

Recibido por: _____

Fecha: __/__/_____

Para uso exclusivo del Departamento de Control de Asistencia

Observación: Según el Art. 36 del Reglamento Interno de la FP-UNA, la DGP podrá rechazar los justificativos presentados, si estos no se adecuan a los requerimientos legales y/o requisitos de la mencionada reglamentación**.**

Motivo por el cual el permiso no fue procesado:

_____