

# SOLICITUD - PERMISO DE AUSENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Contratación: \_\_\_\_\_  
Puesto: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Durante mi licencia, me pueden contactar en:

\_\_\_\_\_  
(Domicilio)

\_\_\_\_\_  
(Teléfono Residencial)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Código Postal)

\_\_\_\_\_  
(Teléfono Móvil)

\_\_\_\_\_  
(Correo Electrónico Personal)

\_\_\_\_\_  
(Método Preferido de Contacto)

Razón por Ausentarse:  Medica/Embarazo – Usted  Medica – Familia Inmediata  
 Nacimiento/Adopción de un niño/Vínculo del bebe  Personal/No-medica

Comienzo Esperado de Licencia: \_\_\_\_\_  
(Mes/Día/Año)

Licencia Sera:  Continua  
 Intermitente (favor de explicar)

Fin Esperado de Licencia: \_\_\_\_\_  
(Mes/Día/Año)

Retorno Esperado al Trabajo: \_\_\_\_\_  
(Mes/Día/Año)

Entiendo lo siguiente con respecto a mi licencia:

- Debo proporcionar oportunamente una certificación medica de mi licencia médica y notificar a *(representante de la compañía)* \_\_\_\_\_ y proporcionar certificación medica adicional en caso de ser necesario extender la licencia.
- Cualquier licencia de vacaciones/PTO\* restante puede/se utilizará durante la licencia y puedo solicitar utilizar cualquier licencia por enfermedad acumulada y no utilizada durante la licencia.
- La acumulación de cualquier beneficio se detendrá durante cualquier parte no remunerada de mi ausencia.

Consulte las Políticas de Licencia de la Empresa del manual del empleado para obtener más información.

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha (Mes/Día/Año)

\_\_\_\_\_  
Representante de la Compañía

\_\_\_\_\_  
Fecha Recibida (Mes/Día/Año))

*Distribución: Original al Expediente del Empleado, Copia al Empleado*

**\*Si utiliza PTO para cumplir con cualquier ley obligatoria de licencia por enfermedad con goce de sueldo, es posible que no necesite utilizar PTO.**