



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA

CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS

DPTO. \_\_\_\_\_.

GUAYMAS, SONORA.

A \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_.

**ASUNTO: SOLICITUD DEL TERCER PERIODO ADICIONAL DE VACACIONES.**

C. JEFE DEL DEPARTAMENTO  
DE RECURSOS HUMANOS  
PRESENTE.

SOLICITO A USTED, TERCER PERIODO ADICIONAL DE VACACIONES A QUE TENGO DERECHO DE CONFORMIDAD CON LOS CONVENIOS CELEBRADOS ENTRE ISSSTESON Y SUEISSSTESON, BAJO LOS SIGUIENTES DATOS:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NIVEL Y CATEGORÍA: \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO --DESDE SUPLENTE FIJO Y/O EVENTUAL--: \_\_\_\_\_

PUESTO: \_\_\_\_\_ ÁREA Y/O SERVICIO: \_\_\_\_\_

TURNO : \_\_\_\_\_ HORARIO: \_\_\_\_\_

DÍAS Y/O GUARDIAS LABORABLES: \_\_\_\_\_ CORRESPONDIENTE AL AÑO: \_\_\_\_\_

NÚM. DE DÍAS A QUE TIENE DERECHO: \_\_\_\_\_ NÚM. DE DÍAS QUE SOLICITA: \_\_\_\_\_

A PARTIR DEL: \_\_\_\_\_

PARA REANUDAR LABORES EL: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO

Vo. Bo.  
EL JEFE DPTO. RECURSOS HUMANOS

AUTORIZO  
EL JEFE DPTO. DEL SERVICIO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

Ccp. Expediente

Bld. Benito Juárez entre Gilberto Calles y Río Mayo. Col. Los Ríos. Guaymas, Sonora.