



Formulario Justificación de ausencias

FECHA: _____ CÉDULA NO. _____
NOMBRE: _____ SEDE: _____

COMUNICO A USTED LA AUSENCIA

EL DÍA _____ DE: _____ DE: 201____

EL MOTIVO FUE EL SIGUIENTE

- | | | | | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| ENFERMEDAD | <input type="checkbox"/> | CAJA DE ANDE | <input type="checkbox"/> | CITA ODONTÓLOGO | <input type="checkbox"/> | CITA CCSS | <input type="checkbox"/> |
| PARIENTE 1ER GRADO | <input type="checkbox"/> | REUNIÓN | <input type="checkbox"/> | FUNERAL | <input type="checkbox"/> | ENFERMEDAD | <input type="checkbox"/> |
| CITA INS | <input type="checkbox"/> | ESTUDIOS | <input type="checkbox"/> | SERVICIO CIVIL | <input type="checkbox"/> | OTRO(S) | <input type="checkbox"/> |
| ASISTIR A CURSO | <input type="checkbox"/> | | | | | | |

OBSERVACIONES

FIRMA DEL FUNCIONARIO

V° B° Coordinación de la Sede

ORIGINAL: Supervisión
CC. Sede
Interesado

Observaciones: Debe adjuntar comprobantes.