



**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
ESCUELA SUPERIOR DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
UNIDAD TECAMACHALCO**



**FORMATO DE JUSTIFICACIÓN DE INCIDENCIA
PERSONAL DOCENTE**

NOMBRE DEL DOCENTE		RFC:	Nº TARJETA:
FECHA DE INCIDENCIA _____ / _____ / _____ DÍA / MES / AÑO		ACADEMIA DE ADSCRIPCIÓN:	
<input type="checkbox"/> PERMISO ECONÓMICO <input type="checkbox"/> LICENCIA MÉDICA		<input type="checkbox"/> CUIDADOS FAMILIARES <input type="checkbox"/> COMISIÓN	
OTROS: _____			
Vº.Bº. _____ PRESIDENTE DE ACADEMIA APRUEBA: _____ SUBDIRECTOR ACADÉMICO	_____ FIRMA DOCENTE	_____ CAPITAL HUMANO	SELLO RECIBO C.H.:
NOTA: LA JUSTIFICACIÓN DE LA INCIDENCIA ES BAJO LA RESPONSABILIDAD DE QUIEN AUTORIZA. LA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO ES HASTA UN PLAZO DE 48 HRS. DESPUÉS DE LA INCIDENCIA			FOLIO Nº:



**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
ESCUELA SUPERIOR DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
UNIDAD TECAMACHALCO**



**FORMATO DE JUSTIFICACIÓN DE INCIDENCIA
PERSONAL DOCENTE**

NOMBRE DEL DOCENTE		RFC:	Nº TARJETA:
FECHA DE INCIDENCIA _____ / _____ / _____ DÍA / MES / AÑO		ACADEMIA DE ADSCRIPCIÓN:	
<input type="checkbox"/> PERMISO ECONÓMICO <input type="checkbox"/> LICENCIA MÉDICA		<input type="checkbox"/> CUIDADOS FAMILIARES <input type="checkbox"/> COMISIÓN	
OTROS: _____			
Vº.Bº. _____ PRESIDENTE DE ACADEMIA APRUEBA: _____ SUBDIRECTOR ACADÉMICO	_____ FIRMA DOCENTE	_____ CAPITAL HUMANO	SELLO RECIBO C.H.:
NOTA: LA JUSTIFICACIÓN DE LA INCIDENCIA ES BAJO LA RESPONSABILIDAD DE QUIEN AUTORIZA. LA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO ES HASTA UN PLAZO DE 48 HRS. DESPUÉS DE LA INCIDENCIA			FOLIO Nº: