

SOLICITUD DE PERMISO CON GOCE DE SUELDO



_____ ; B.C.S., a _____ de _____ 20__.

M.C.E. EDEL NOÉ MARES RODRÍGUEZ
SECRETARIO GENERAL DEL SUTCECYTEBCS
P R E S E N T E

Con base al Artículo 29, contenidos en nuestro Contrato Colectivo de Trabajo 2025-2027, me permito solicitar a Usted, realizar el trámite ante la instancia correspondiente, para la autorización de PERMISO CON GOCE DE SUELDO:

I.SITUACIONES PERSONALES Y FAMILIARES	() a). - Por contraer matrimonio () b). -Por requerimiento para alguna diligencia por autoridad judicial o administrativa. () c). -Por trámite de adopción. () d). - Por fallecimiento de un familiar en primer grado (cónyuge, madre, padre, hermanos e hijos). () e). - Por fallecimiento de abuelos y nietos. () f). - Por enfermedad grave de un familiar en primer grado (cónyuge, madre, padre, hermanos e hijos).
II.MOTIVOS ACADÉMICOS	() a). - Para presentar o preparar examen de grado o posgrado de cualquier carrera () b). - Para el personal administrativo, técnico y manual que se encuentres estudiando licenciatura, maestría o doctorado. () c). -Para asistir a cursos de capacitación fuera del Estado de Baja California Sur. () d). - Beca por estudios académicos
III.CUIDADOS PARENTALES	() a).- Por cuidados maternos , hijos mayores de 6 años y menores de 12 años () b). - Paternidad. () c). - Acompañamiento posparto (Trabajadoras). () d). - Acompañamiento a ceremonia de graduación de hijos de los trabajadores.
IV. SALUD DEL TRABAJADOR Y CONTINGENCIAS	() a). - Traslados a citas médicas dentro del estado () b). - Por servicios médicos particulares o servicios de salud pública distintos al ISSSTE () c). - Incapacidad expedida por los servicios médicos del ISSSTE o Médico Particular. Que coincida con periodo vacacional. () d). -Por llamado de Alerta de autoridades de Protección Civil, Municipal, Estatal o Federal. () e). - Para efecto de trámite por retiro, jubilación, pensión cesantía por edad avanzada.
V.LICENCIAS MÉDICAS ESPECIALES	() a). - Acuerdo Presidencial IV-754 Incapacidad física o mental temporal, total o parcial que haya agotado licencia () b). - Acuerdo presidencial 529 Por agotamiento de licencia médica con diagnostico relacionado con enfermedades del pulmón. () c). - Por tratamiento derivado de un diagnóstico de Cáncer o Insuficiencia renal (Quimioterapias o hemodiálisis).
VI.OTROS PERMISOS ESPECIALES	() a). - Donación de sangre
VII.CASOS NO PREVISTOS	() a). - Permisos especiales

Para lo cual anexo los siguientes datos:

NOMBRE DEL TRABAJADOR (A):		
CENTRO DE TRABAJO:	PLAZA:	
	*DOCENTE (___) HORAS BASES: _____	
FECHA DE INGRESO:	*ADMINISTRATIVA (___) ESPECIFIQUE _____	
E-MAIL	TEL. OFICIAL	CEL.
PERIODO DE PERMISO:		
SEMESTRE: () Febrero- Julio () Agosto- Enero		
A partir del: _____ de _____ de 20__		
hasta el _____ de _____ de 20__.		

 NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

NOTA: ANEXAR DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA CADA CASO EN PARTICULAR.

sindicatocecytebcs@gmail.com



Carretera al Sur, Calle E. Labastida / A. María Ruiz L2,
 La Paz B.C.S. C.P. 23088, La Paz, B.C.S.