



Secretaría de Salud de BCS- IMSS BIENESTAR
Benemérito Hospital General con Especialidades "Juan María de Salvatierra"
Subdirección de Enseñanza, Investigación, Calidad y Capacitación

FORMATO DE PERMISO

Fecha: _____ de _____ de _____

Nombre del Interesado: _____

Servicio:

- ☐ Anestesiología ☐ Cirugía General ☐ Medicina Interna
☐ Ginecología y Obstetricia ☐ Pediatría ☐ Medicina Preventiva

Periodo del Permiso: (máximo 48 horas)

Del ____ **de** _____ **al** ____ **de** _____ **de** _____

Motivo del Permiso:

Teléfono de Contacto: _____

Me comprometo a respetar el periodo de permiso, reintegrándome a mis actividades laborales a partir de la fecha escrita, comprendo que este permiso puede ser suspendido por imprevistos suscitados posteriores a la firma de este documento.

Atentamente

Nombre y Firma del Interesado

**Nombre y Firma del Coordinador(a) de internado
ó Profesor titular o adjunto de posgrado**

**Firma y Sello de Recibido por Subdirección
de Enseñanza**

C.c.p.- Archivo y minutario.