|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Día** | **Mes** | **Año** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y Apellidos:** | | |  | | | | |
| **Licenciatura** |  | | | | **Semestre:** | |  |
| **Servicio de Rotación** | | |  | | | | |
| **Hora de salida** | |  | | **Hora de retorno** | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Particular:** |  | **Personal:** |  | **Salud:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FUNDAMENTACIÓN:** |  |
|  | |
|  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ( ) **Día** (**s**) |  | ( ) **Horas de**: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Coordinador de la Licenciatura**  **Correspondiente** |  | **Responsable del Servicio de Rotación** |  | **Solicitante** |
| **Nombre y Firma** |  | **Nombre y Firma** |  | **Nombre y Firma** |

**Aviso de Privacidad:** El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, garantiza el derecho que tiene toda persona a la protección de sus datos personales recabados en este formulario, los cuales serán de uso exclusivo para el formato Autorización para ausentarse de la Escuela Superior de Rehabilitación y/o Servicio, como lo establece el art. 25 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.