|  |  |
| --- | --- |
| ***Observación:*** El presente formulario se verificará con el FOR-DAP-005 “Solicitud de habilitación de trabajo en horario extraordinario o adicional” de la dependencia solicitante. | |
| **Datos del servidor público autorizado** | |
| Nombres y Apellidos: | |
| Nro. de CI: | |
| Función: | |
| Dependencia: | |
| Mes autorizado: | |
| Trabajo autorizado para: RE  RA | |
| **Descripción de actividades realizadas (RE)** | **Descripción de actividades realizadas (RA)** |
| 1 | 1 |
| 2 | 2 |
| 3 | 3 |
| 4 | 4 |
| 5 | 5 |

**DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES EN HORARIO EXTRAORDINARIO O ADICIONAL**

Agregar más filas en caso de necesidad

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma del servidor público Firma del superior inmediato

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma del Director