|  |
| --- |
| ***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