**SOLICITUD PARA CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ciudad de México a  |  | de |  | de 20 |  |

**L.C. ADRIANA SALGADO YEPEZ**

**SUBDIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS**

**PRESENTE**

|  |
| --- |
| Por medio del presente, solicito autorización para realizar el ***Cambio de Adscripción de Área*** de(l) |
| (la) C. | **,** con número de empleado |  |

para que por su conducto se tramite ante la Dirección de Administración.

Tomando en cuenta que, con dicho cambio, no existe afectación alguna en el desarrollo de las funciones del área a mi cargo, con fundamento en la Norma para autorizar y registrar las estructuras orgánicas y entidades de la Administración Pública Federal, en apartado 7.1.7 sabido (a) de que, con el cambio de adscripción definitivo, no podré solicitar nuevas plazas, aún si con esto se ve disminuido el número de la plantilla a mi cargo.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A partir del día |  | del mes de |  | del |  |

|  |
| --- |
|  |
| Jornada de horas semanales: |  |  | 35 horas |  | 40 horas |  | Otro |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Horario Propuesto: | De |  | a |  | horas |
|  |  |  |  |  |  |
| Tipo de contratación: |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Jornada laboral:  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| El cambio es:  | Definitivo |  |  Comisionado |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Motivos (Campo indispensable): |  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Departamento Solicitante |  | Autorizado |
| Nombre y Firma del Titular del DepartamentoEnterado   |  | (Subdirección de Recursos Humanos)Departamento Receptor |
|  |
| Nombre y firma del trabajador |  | Nombre y Firma del Titular del área que recibirá al trabajador |

**TURNAR AL DEPARTAMENTO DE RELACIONES LABORALES**

* **El presente formato es indispensable para efectuar cualquier cambio de adscripción.**