Realizar trámite en Secretaría Académica

Con copia del formato en Ventanilla Única de Dirección de Personal

Enviar a los correos: incidenciasdelpersonal@uaem.mx

selecciondocente@uaem.mx

**F-RP13**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Mor. a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 202\_.

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

**TITULAR DE LA DIRECCIÓN DE PERSONAL DE LA UAEM**

**P r e s e n t e**

**Asunto:** **Pago de horas de materias**

**de trabajador de jornada NO Sindicalizado, semestre PAR/NON 202\_.**

El que suscribe **(nombre de docente),** docente adscrito a **(dependencia donde imparte las materias**), con número de control\_**\_\_\_\_\_\_**\_, por medio del presente informo que este semestre **PAR/NON 202\_** impartiré materias por **\_5**\_ h/s/m, adicional a mi plaza de jornada de \_**45\_\_** h/s/m, sumando un total de \_**50**\_h/s/m*,* como trabajador académico universitario.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MATERIA** | **GRADO Y/O GRUPO** | **HORARIO Y DÍA/DESCARGA** | **SISTEMA****(PRESENCIAL/****VIRTUAL/SEAD/****HÍBRIDO)** | **UNIDAD ACADÉMICA DONDE SE IMPARTE** | **NÚMERO DE HORAS** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **TOTAL DE HORA**S |  |

Así mismo le notifico que el horario de docencia que impartiré, se realiza fuera de mi horario de la plaza de jornada, por lo cual no se traslapan ambos horarios:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **JORNADA** | **HORARIO/DÍA/DESCARGA** | **HORAS Y ADSCRIPCIÓN DE LA PLAZA DE JORNADA** |
| Orientador educativo, asesor psicopedagógico, especialista de la clínica, técnico académico de laboratorio, técnico académico de computo, técnico académico de tiempo completo |  |  |

Sin otro particular me despido de usted enviándole un afectuoso y cordial saludo.

|  |  |
| --- | --- |
| Atentamente | Vo. Bo. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Nombre y Firma del Trabajador****Número de control**  | **Nombre y Firma del Titular de la Dirección de la Unidad Académica de la plaza de jornada** |

C.c.i. Unidad Académica (donde imparte las materias)

C.c.i Archivo

|  |  |
| --- | --- |
| Correo electrónico, teléfono y/o extensión del solicitante: |  |
| ***PARA LLENADO EXCLUSIVO DE LA DIRECCIÓN DE PERSONAL.*** |
| Procede: SI ( ) NO ( ) | Motivo: |