



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



TESORERÍA GENERAL  
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN  
DIRECCIÓN DE PERSONAL  
DEPARTAMENTO DE SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN

**F-DS-CH/06**

## DECLARACIÓN DE COMPATIBILIDAD DE HORARIO LABORAL

Por este conducto el(la) que suscribe me permito manifestar, **bajo protesta de decir verdad**, que **SI ( ) NO ( )** me encuentro desempeñando otro(s) empleo(s) o comisión(es) dentro de la entidad dependiente o descentralizada de la Administración Pública, Estatal o Municipal, así como no incurro en supuestos de incompatibilidad de horarios laborales.

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_ RFC: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

NOTA: En el caso que señale que **SI**, deberá llenar el formato de compatibilidad de horario y anexar documentación soporte, que contenga por lo menos los siguientes datos:

- Dependencia de Adscripción
- Puesto que desempeña
- Horario en el que presta sus servicios
- Firma y sello de los responsables de ambas instituciones de trabajo

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del (a) trabajador (a)**

