

	SOLICITUD DE VACACIONES	Código: GP/AP-F001 Versión: 01 Página 1 de 1	Fecha de Aprobación: 20/11/2025	
			CC	

FECHA: / /202

COMUNICACIÓN DE VACACIONES

Nombres y Apellidos: _____

N° DE DNI / CE: _____

Área: _____

Sírvase tomar nota que, los días de su (s) vacaciones que le corresponden tomar son del Periodo Vacacional: _____ - _____

Gozándolo de la siguiente manera:

Fecha de Inicio:

Fecha de Término:

N.º Días Vacaciones:

- El día siguiente al término de sus vacaciones, debe acercarse a su área de trabajo.
- El descanso vacacional debe gozarse con un **mínimo de 07 días ininterrumpidos**.
- El último día de vacaciones, debe ser un día antes de un día laborable, según su horario de trabajo.

Firma del Trabajador	Firma del Jefe de Área	Firma Administración de Personas y RRLL