

SOLICITUD DE TRASLADO (Traslado de persona y plaza)

| | |
|---|--|
| Nombre de la persona que se desea trasladar | |
| Cédula | |
| Puesto que ocupa actualmente | |
| Categoría | |
| Código de la plaza | |
| Dependencia en donde labora | |
| Tiempo de laborar para esa dependencia | |

Información sobre la situación actual de la plaza (debe ser llenado por la jefatura de la dependencia que cede la plaza)

- a. Describa las funciones que realiza en su dependencia la persona que se solicita trasladar a otra dependencia.

Indique: de aprobarse el traslado qué persona o personas asumirán estas funciones en la dependencia, indicando nombre y puesto que ocupa (*recuerde que no hay sustitución de la plaza y este traslado no puede afectar la estructura ocupacional de la dependencia*):

| | |
|--|--|
| Justifique la razón por la cual cede la plaza: | |
| Firma | |
| Fecha | |
| <i>Información sobre la dependencia a la que se solicita trasladar la plaza (debe ser llenada por la jefatura que acepta recibir el puesto)</i> | |
| Describa las tareas que serán asignadas a la persona funcionaria, en caso de ser aceptado el traslado: | |
| Indique cuál es la necesidad de la dependencia a su cargo de este nuevo recurso: | |

| | |
|---|--|
| Describe la responsabilidad que será asignada al puesto que ingresa a la dependencia: | |
| FIRMA | |
| FECHA | |