



(Fecha) _____ de _____ de _____

FORMATO DE AUTORIZACION DE SERVICIO DE OPTICA

Datos del Trabajador

Nombres y Apellidos: _____

Número de Trabajador: _____ Cargo: _____

Ubicación _____ Recinto: _____

Favor especificar con una (X) según corresponda:

Personal: Académico Administrativo Dirección

Beneficio

Sirva la presente para solicitarle gestión para uso de Óptica, según convenio colectivo.

Favor especificar con una (X) la óptica a utilizar:

MUNKEL NICARAGUENSE MATAMOROS

FIRMA DEL TRABAJADOR

PARA USO DE RECURSOS HUMANOS

IMPORTANTE: 1. ESTE BENEFICIO NO ES TRANSFERIBLE, ÚNICAMENTE PUEDE SER UTILIZADO POR EL TRABAJADOR.
2. VÁLIDO ÚNICAMENTE POR EL MES DE EMISIÓN.

Crédito no mayor de C\$ _____

ING. MAURO GUIDO MIRANDA
DIRECTOR