**Orizaba, Ver., a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DR.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Secretario Seccional de la Facultad**

**De \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**P R E S E N T E:**

 La suscrita **Mtra (O). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** con número de personal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ adscrita a la facultad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, informo que he contado con incapacidad médica por lo que solicito de la manera más atenta **autorización** para **reposición de vacaciones**.

 Agradeciendo de antemano al presente, quedo para cualquier aclaración.

A t e n t a m e n t e

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