OATRH 224

Rev. Marzo 2017

Gobierno de Puerto Rico

Oficina de Administración y Transformación de los

Recursos Humanos del Gobierno de Puerto Rico

**Instituto de Adiestramiento y Profesionalización de los**

**Empleados del Gobierno de Puerto Rico (IDEA)**

PO Box 8476

San Juan, Puerto Rico 00910-8476

**SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN DE DISPENSA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de Solicitud:** |       |       |       |
| Día | Mes | Año |
| **Nombre de la Agencia**: |       |
| **Tema del Adiestramiento:** |       |
| **Justificación para solicitar Reconsideración:**       |
| **Fecha del Adiestramiento :** |       | **Costo:**       |
| **Horario**  | [ ]  Diurno        | [ ]  Nocturno       | [ ]  Sabatino       |
| **Lugar del Adiestramiento:** |        | **Cantidad de empleados:**       |
| **Empleados que participarán en el adiestramiento** |
| **Nombre Participante** | **Puesto** | **Oficina, Área o División** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|       |       |  |       |
| **Nombre de Persona Contacto de la Entidad** | **Puesto** | **Firma** | **Fecha** |
| **Correo Electrónico** |       | **Teléfono:** |       | **Fax:** |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|       |       |       |       |
| **Nombre de Persona que Autoriza** | **Puesto** | **Correo electrónico** | **Teléfono** |

 Firma de Persona que Autoriza Fecha