



UNIVERSITY OF CENTRAL FLORIDA
Formulario de renuncia

Yo [], entrego mi renuncia, efectiva en la fecha a continuación []
(Nombre del empleado) (mm/dd/yy)

Por la siguiente razón: (por favor marque una casilla)

- Razones familiares, Razones de salud, Regreso a la escuela, Razones personales, Traslado, Otra posición laboral (fuera de UCF), Problemas de transportación, Transferencia dentro de UCF (el Dep. nuevo completará la ePAF), Otras []

Yo certifico que esta renuncia es ejecutada bajo mi absoluta voluntad y determinación. Yo deseo discontinuar mis servicios para University of Central Florida. Esta renuncia no está siendo ejecutada ni discontinuada bajo razones de amenaza, obligación, presión, o bajo la influencia de ninguna persona o personas.

Admisión de conocimiento del supervisor (no se completa para transferencias dentro de UCF) - deberá ser completada si el empleado provee menos de dos semanas de aviso:

- Acepto esta renuncia. El empleado es elegible para recontractar.
Acepto esta renuncia. El empleado no es elegible para recontractar.

Admisión de Conocimiento del empleado (no se completa para transferencias dentro de UCF) - deberá ser completada si el empleado provee menos de dos semanas de aviso:

Mi supervisor me ha advertido de la póliza de renuncia de la universidad. Yo entiendo que:

- Yo soy elegible para ser recontractado. Yo no soy elegible para ser recontractado.

Sección de firmas – Las firmas del supervisor y del empleado son requeridas.

Firma del Supervisor, Nombre en letra de molde, Fecha

Firma del Empleado, Nombre en letra de molde, Fecha

Número de Identificación del empleado, Nombre del departamento

Adjunte a: Electronic Personnel Action Form (ePAF)
Copias al: Empleado
Department File