

**UNIVERSITY OF CENTRAL FLORIDA
FORMULARIO PARA RENUNCIA**

Yo, el firmante, entrego mi renuncia efectiva en la fecha a continuación:

_____ por la siguiente razón: (por favor marque una opción).
Fecha

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Razones familiares | <input type="checkbox"/> Razones de salud | <input type="checkbox"/> Regreso a la escuela |
| <input type="checkbox"/> Razones personales | <input type="checkbox"/> Transfer | <input type="checkbox"/> Retiro/Jubilación |
| <input type="checkbox"/> Problemas de transportación | | <input type="checkbox"/> Otra posición (fuera de UCF) |
| <input type="checkbox"/> Otras _____ | <input type="checkbox"/> Transferencias dentro de UCF (el Dep. nuevo completará la ePAF) | |

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

Nota: La fecha de jubilación del empleado es usualmente el ultimo día, durante el cual el empleado trabaja por lo menos la mitad del día completo. Cualquier otra excepción a esta estipulación, deberá ser aprobada con antelación por el Director de Human Resources o su personal designado.

Respuesta del supervisor (no se completa para transferencias dentro de UCF) – Se deberá completar si el empleado provee menos de dos semanas de aviso:

- Acepto esta renuncia. El empleado **es elegible** para recontratar.
- Acepto esta renuncia. El empleado **no es elegible** para recontratar.

Respuesta del empleado (no se completa para transferencias dentro de UCF) - Se deberá completar 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 recontratar.
- Yo no soy** elegible para recontratar.

Sección de Firmas – Son requeridas las firmas del supervisor y del empleado.

_____ Firma del Empleado	_____ Nombre en letra de molde	_____ Fecha
_____ Firma del Supervisor	_____ Nombre en letra de molde	_____ Fecha
_____ ID del Empleado	_____ Nombre del Departamento	

Original: Section de Records Recursos Humanos – Adjuntar al formulario electrónico “Personal Action” (ePAF)
Copia para: Empleado, Archivo del departamento