

**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.**

|                             |                                   |                |
|-----------------------------|-----------------------------------|----------------|
| _____<br>Firma del Empleado | _____<br>Nombre en letra de molde | _____<br>Fecha |
|-----------------------------|-----------------------------------|----------------|

|                               |                                   |                |
|-------------------------------|-----------------------------------|----------------|
| _____<br>Firma del Supervisor | _____<br>Nombre en letra de molde | _____<br>Fecha |
|-------------------------------|-----------------------------------|----------------|

|                          |                                  |
|--------------------------|----------------------------------|
| _____<br>ID del Empleado | _____<br>Nombre del Departamento |
|--------------------------|----------------------------------|

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