



SOLICITUD DE LICENCIA EXTRAORDINARIA

1. Tipo de licencia solicitada:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Licencia por enfermedad extendida | <input type="checkbox"/> Licencia para ocupar puestos de interés público |
| <input type="checkbox"/> Licencia extraordinaria por asuntos personales | <input type="checkbox"/> Licencia en servicio |
| <input type="checkbox"/> Licencia militar | <input type="checkbox"/> Destaques |
| <input type="checkbox"/> Licencia para participar en procesos políticos | |

2. Duración:

De: _____ de _____ de _____ A: _____ de _____ de _____

3. Nombre _____ 4. Facultad o Depto: _____

5. Título o Rango _____ 6. Teléfono _____

7. Dirección Permanente _____

8. Veterano: Sí No

9. Estado Civil: _____ Número de Dependientes _____

10. Es su cónyuge miembro del claustro: Si No 11. Nombre del Cónyuge _____

12. Depto. al que pertenece el cónyuge: _____

13. Si su cónyuge solicitó licencia extraordinaria indique el periodo: _____

14. Tipo de Licencia que solicita: _____

15. Propósito de la Licencia que usted solicita: _____

Firma del solicitante

Fecha

PARA SER COMPLETADO POR EL DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO

16. ¿Conlleva esta licencia el Nombramiento Sustituto? SI NO

17. Indique el sueldo que recibirá a sustitución \$ _____

18. Distribución de tareas del solicitante en caso de que no haya necesitado del sustituto

<u>CURSO</u>	<u>SECCIÓN</u>	<u>NOMBRE DEL PROFESOR A CARGO</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

19. RECOMENDADO POR:

Firma Director o Supervisor

Fecha

Firma del Decano

Fecha

PARA SER COMPLETADO POR EL DEPARTAMENTO DE GERENCIA CAPITAL HUMANO

20. Años servicio activo en el Recinto de Ciencias Médicas _____

21. Años con Rango Actual: _____

22. Licencias Concedidas Anteriormente

Fechas:

_____ a _____

_____ a _____

Firma Director de Gerencia de Capital Humano

Fecha