



RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
JUNTA ADMINISTRATIVA



CONSIDERACIÓN DE LICENCIA POR ENFERMEDAD
DOCUMENTOS REQUERIDOS AL CANDIDATO

Nombre: _____ Facultad o Decanato: _____

Rango o posición actual: _____ E-mail: _____@upr.edu

Sí No

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Formulario – Solicitud de Licencia Extraordinaria (El documento debidamente cumplimentado por el Director de la Oficina de Gerencia de Capital Humano - Revisado 07/2016 DGCH) | () | () |
| 2. Certificado Médico: si el solicitante está reportado a la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE), debe someter el formulario decisión sobre tratamiento médico completado por el médico del CFSE | () | () |
| 3. Recomendación (carta) del Director del Departamento | () | () |
| 4. Recomendación (carta) del Decano | () | () |