

**FORMULARIO PARA SOLICITUD DE LICENCIA
EXTRAORDINARIA DE CARÁCTER SOCIAL**

SERVICIO: _____

FECHA: _____

DATOS DEL FUNCIONARIO/A

| | |
|----------------------------|----------------------------|
| Cédula de Identidad | Apellidos y Nombres |
| | |

| Denominación del cargo | Nro. Cargo | Escalafón | Grado | Horas |
|-------------------------------|-------------------|------------------|--------------|--------------|
| | | | | |

Domicilio

| | | | |
|------------------|--|--|--|
| Teléfonos | | | |
|------------------|--|--|--|

| | | | |
|---|--|----------------|--|
| Lugar donde podrá ser ubicado por el Asistente Social | | | |
| (En caso de no ser ubicado en su Domicilio completar la siguiente información) | | | |
| Nombre del Paciente | | | |
| Dirección | | | |
| Teléfono | | Horario | |

Fecha de Inicio de la Licencia Social

Firma del Solicitante

JEFE/A O DIRECTOR INMEDIATO

FECHA: / /

Se toma conocimiento. Pase a Sección Personal.

Firma del Jefe o Director

INFORME DE SECCIÓN PERSONAL

FECHA: / /

En el día de la fecha se remite Fax a la División Universitaria de la Salud.

Por Sección Personal