



FORMULARIO DE LICENCIAS

1. DATOS DEL SOLICITANTE

CEDULA DE IDENTIDAD	NOMBRES Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE	No.FUNC.
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

2. CARGO ACTUAL

DOCENTE		TAS		DEPENDENCIA DONDE TRABAJA			
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
No. CARGO	DENOMINACION	Esc.	S Esc.	Gdo.	C.Horaria	CARACTER (1)	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

(1) : Titular, Interino, Contratado, Suplente

NOMBRE DEL SUPERIOR QUE AUTORIZA LA LICENCIA	DEPENDENCIA EN LA QUE TRABAJA EL SUPERIOR
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

3. PRESENTACION DE LA SOLICITUD

CANTIDAD DE DIAS	Desde	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Hasta	<input style="width: 100%;" type="text"/>
------------------	-------	---	-------	---

TIPO DE LICENCIA

Reglamentaria	<input type="checkbox"/>	Adopción de menores	<input type="checkbox"/>	Actos eleccionarios	<input type="checkbox"/>
Antigüedad	<input type="checkbox"/>	Donación de sangre	<input type="checkbox"/>	Otras causas just. - Art. 31	<input type="checkbox"/>
Incentivo	<input type="checkbox"/>	Donación de órg. y tejidos	<input type="checkbox"/>	Exámenes ginecológicos / PSA (Art. 23.1 y 23.2)	<input type="checkbox"/>
Reglamentaria Denegada	<input type="checkbox"/>	Duelo	<input type="checkbox"/>	Extraordinaria Con goce de sueldo	<input type="checkbox"/>
Antigüedad Denegada	<input type="checkbox"/>	Matrimonio	<input type="checkbox"/>	Extraordinaria Sin goce de sueldo	<input type="checkbox"/>
Incentivo Denegado	<input type="checkbox"/>	Pruebas o exámenes	<input type="checkbox"/>	Otorgadas por autoridades Universitarias	<input type="checkbox"/>
Paternidad	<input type="checkbox"/>	Horas a compensar	<input type="checkbox"/>	Mudanza – Art. 29	<input type="checkbox"/>
				Traslado de Sede DT – Art. 95 EPD	<input type="checkbox"/>
				(Hasta 7 días Inclusive)	<input type="checkbox"/>

4. FUNDAMENTACION

<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

		DIA	MES	AÑO
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

FIRMA

ACLARACION DE FIRMA

5. OPINION SUPERIOR INMEDIATO

¿ EXISTE IMPEDIMENTO EN ACCEDER A LO SOLICITADO ?

SI NO

OBSERVACIONES: (Orden de Servicio 19.05.95, etc)
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

		DIA	MES	AÑO
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

FIRMA

ACLARACION DE FIRMA