



**FACULTAD DE CIENCIAS
DEPARTAMENTO DE PERSONAL**

SOLICITUD DE LICENCIA – DOCENTE

| | | | |
|--|-----------------------------------|---------------|--|
| NOMBRE: | | FECHA: | |
| CARGO: | | | |
| <input type="checkbox"/> | Reglamentaria | Total de días | |
| <input type="checkbox"/> | Incentivo | | |
| <input type="checkbox"/> | Antigüedad | Desde | |
| <input type="checkbox"/> | Extraordinaria con goce de sueldo | | |
| <input type="checkbox"/> | Extraordinaria sin goce de sueldo | Hasta | |
| <input type="checkbox"/> | Estudio* | | |
| <input type="checkbox"/> | Casamiento* | | |
| <input type="checkbox"/> | Paternidad* | | |
| <input type="checkbox"/> | Duelo* | | |
| <input type="checkbox"/> | Donación de sangre* | | |
| <input type="checkbox"/> | Traslado de Sede DT* | | |
| <input type="checkbox"/> | Especial | | |
| <input type="checkbox"/> | Otras | | |
| <input type="checkbox"/> | Mudanza* | | |
| (*) Deben ser presentadas con la certificación correspondiente. | | | |
| Observaciones: | | | |

Firma del funcionario _____

| | | | |
|----------------------|-----------------------|----------|--------|
| Visto Dpto. Personal | Responsable Inmediato | Director | Decano |
|----------------------|-----------------------|----------|--------|