

1. DATOS DEL SOLICITANTE

CÉDULA DE IDENTIDAD	NOMBRE DEL SOLICITANTE	No.FUNC.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. CARGO ACTUAL

DOCENTE	NO DOCENTE	DEPENDENCIA DONDE TRABAJA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

No. CARGO	DENOMINACIÓN	Esc.	S Esc.	Gdo.	C.Horaria	CARÁCTER (1)
<input type="text"/>						

(1) : Titular, Interino, Contratado, Suplente

NOMBRE DEL DIRECTOR QUE AUTORIZA LA LICENCIA	DEPENDENCIA EN LA QUE TRABAJA EL DIRECTOR
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD

CANTIDAD DE DÍAS	Desde	Hasta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TIPO DE LICENCIA

Reglamentaria	Donación de sangre	Otras causas just. - Art. 30
Antigüedad	PAP/ mamografía - PSA	Extraordinaria Con goce de sueldo
Incentivo	Duelo	Extraordinaria Sin goce de sueldo
Enfermedad	Matrimonio	Otorgada por autoridades Universitarias
Maternidad	Pruebas o exámenes	Social
Medio horario por lactancia	Paternidad	Año Sabático
Adopción de menores	Mudanza	Elecciones
		Horas a compensar *

4. FUNDAMENTACIÓN

FIRMA	ACLARACIÓN DE FIRMA	FECHA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. OPINIÓN SUPERIOR INMEDIATO

¿EXISTE IMPEDIMENTO EN ACCEDER A LO SOLICITADO? SI NO

OBSERVACIONES:

FIRMA	ACLARACIÓN DE FIRMA	FECHA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FIRMA DEL DIRECTOR	ACLARACIÓN DE FIRMA	FECHA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RECEPCIÓN EN PERSONAL

FIRMA	ACLARACIÓN DE FIRMA	FECHA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Requiere previo a su realización un Acto Administrativo de la autoridad competente del Servicio.