

## SOLICITUD DE LICENCIA CON GOCE DE HABERES, MENOR A UN MES

Código: FORM-ACAD-008

Versión: 0

Emisión: 08-05-2019

FECHA INICIO LICENCIA FECHA FIN LICENCIA EXPEDIENTE N.º DEPARTAMENTO APELLIDO COMPLETO NOMBRE COMPLETO Nº LEGAJO EMAIL 

## CARGO

 Jefe de Trabajos Prácticos Ayudante 1° Ayudante 2° Profesor Titular Profesor Asociado Profesor Adjunto Profesor Emérito Profesor Consulto Otro 

## DEDICACIÓN

 Exclusiva Semi-exclusiva Parcial

## INDIQUE CÓMO CUBRIRÁ SUS TAREAS DOCENTES DURANTE ESTE PERIODO:

 Período libre por... ... no tener que hacer docencia por... ... no ser período lectivo ... no estar asignado a una materia ... otro (detallar)  ... haber cumplido la carga docente

## Materia 1:

Año:

 Curso de verano 1<sup>er</sup> Cuatrimestre Curso de invierno 2<sup>do</sup> Cuatrimestre

## Materia 2:

Año:

 Curso de verano 1<sup>er</sup> Cuatrimestre Curso de invierno 2<sup>do</sup> Cuatrimestre Reemplazante de cargo similar con aval del Profesor a cargo de la materiaMateria \_\_\_\_\_  
Firma del reemplazante\_\_\_\_\_  
Firma del Profesor a cargo\_\_\_\_\_  
Aclaración\_\_\_\_\_  
Aclaración

## DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (los campos marcados con un asterisco\* son obligatorios)

 Constancia que avala la solicitud\* (carta de invitación / e-mail / constancia de inscripción / resolución) Formulario de cobertura ART (FORM-HCDA-001)\* Resumen de trabajo

Elaboró/modificó: YA

Revisó: DQA

Aprobó: IC

**MOTIVO DE LA LICENCIA****Actividad**

Pasantía  Congreso  Curso  Competencia  Colaboración científica  Evaluación

Otro (detallar):

**Rol**

Expositor/Disertante  Asistente  Organizador  Jurado de concurso  Jurado de Tesis

Coordinador  Evaluador  Colaborador  Otro (detallar):

**Lugar**

País		Ciudad	
País		Ciudad	
País		Ciudad	

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Ingresó al Departamento

**El/La Director/a del Departamento...**

...recomienda aprobar la licencia de acuerdo a lo solicitado.

...recomienda aprobar la licencia desde  hasta .

...no recomienda aprobar la licencia.

Fundamentos:

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Director/a Departamento

\_\_\_\_\_  
Para uso de Mesa de Entradas

**VISTA** la recomendación de la dirección del Departamento, se autoriza esta solicitud.

**PASE** al Departamento respectivo para notificación del interesado. Éste deberá adjuntar al presente expediente un escrito informando la fecha de reintegro a sus funciones y las tareas desarrolladas en su licencia respectiva, dentro de los 10 días de su regreso (Res N°638/86).

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Secretaría Académica

\_\_\_\_\_  
Fecha