



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Res. Nº 293 - FORMULARIO ÚNICO DE LICENCIAS

Form. DRH 007

..... de de

Solicito Licencia del tipo:

LICENCIA ANUAL ORDINARIA			
Por ____ día/s (...../...../.....al...../...../.....)	Pendientes	<input type="checkbox"/>	Actuales <input type="checkbox"/> Año: _____
Cantidad de días:			
Cantidad de días tomados:			
Cantidad de días pendientes de tomar:			
JUSTIFICACIÓN POR INASISTENCIA			
Por ____ día/s (...../...../..... al/...../.....)			
Con motivo de:			
PERMISO DE SALIDA			
Solicito autorización para retirarme del trabajo por el tiempo de :			
30´	<input type="checkbox"/>	Sin recuperar	Para uso de la Dir. de RRHH
60´	<input type="checkbox"/>	A recuperar	Salida: _____
90´	<input type="checkbox"/>	Razones particulares	Regreso: _____
120´	<input type="checkbox"/>	Inherentes a la oficina	Computo de horas: _____
LICENCIA POR COMPENSATORIO			
Los día/s (...../...../..... al/...../.....)	Motivo de:	Horas trabajadas <input type="checkbox"/>	Comisión de servicios <input type="checkbox"/>
Observaciones (especificar qué horas o días compensa) :			
Datos del Agente			
Apellido y Nombre:			
N° de Documento:			
Dependencia:			
Firma y Aclaración del Agente			
Conformidad de Jefe Inmediato			
Contando con mi conformidad, pase a la Dirección de RRHH para su trámite			
Firma y Aclaración Jefe Inmediato			
Visto Dirección de RRHH			
VISTO, lo solicitado, esta Dirección informa que el agente firmante ha cumplimentado los requisitos para acceder a la licencia solicitada.			
Firma y Aclaración Responsable RRHH			

- DOCENTES -
AUTORIZACIONES, LICENCIAS Y JUSTIFICACIONES DE INASISTENCIAS

APELLIDO Y NOMBRES:..... DNI

CARGO:

Me dirijo a Ud. solicitándole licencia/autorización por día /s (..... / / 20..... al / / 20.....) con motivo de:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Razones de salud | <input type="checkbox"/> Adjunta certificado. |
| <input type="checkbox"/> Familiar enfermo | <input type="checkbox"/> Adjunta certificado. |
| <input type="checkbox"/> Fallecimiento | <input type="checkbox"/> Adjunta certificado. |
| <input type="checkbox"/> Maternidad | <input type="checkbox"/> Adjunta certificado. |
| <input type="checkbox"/> Razones particulares | <input type="checkbox"/> Descuento salarial. |
| <input type="checkbox"/> Cambio de lugar de trabajo (hasta 14 días) | <input type="checkbox"/> Adjunta certificado. |

En caso de tratarse de un Cambio de lugar de trabajo (especifique ciudad destino):

Presento cronograma de recuperación de clases.

Indica reemplazante en su función docente.

.....

Firma del reemplazante

.....
Firma del agente

.....
Firma Director Dpto.

.....
Firma Secretario Académico

.....
Firma Director NACT