

**FORMULARIO DE AUTORIZACION DE CAMBIO DE LUGAR DE TRABAJO**  
**MAYOR DE 14 DIAS**  
**(CLT 001)**

El Decano de la Facultad de CIENCIAS EXACTAS en el día.....autoriza al Docente.....a cambiar su lugar de trabajo habitual entre..... y..... con el propósito de realizar la siguiente actividad.....,en.....-

**(Adjuntar documentación respaldatoria).-**

Las clases de las asignaturas a su cargo / en las que participa..... serán recuperadas en las fechas y horarios a continuación se indican.....-

ó

Durante su ausencia, las clases de las asignaturas a su cargo / en las que participa estarán a cargo del docente ..... contando con su conformidad y la del Director del Departamento de.....-

En las mesas de exámenes en las que participa..... será sustituido por el docente..... contando con su conformidad y la del Director del Departamento de.....-

Firma docente..... Firma Director Departamento.....

Aclaración:..... Aclaración: .....

Firma docente reemplazante.....

Aclaración:.....

Firma y sello Decano.....