

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.....