Autorización Nº........

FORMULARIO DE AUTORIZACION DE CAMBIO DE LUGAR DE TRABAJO (CTLT 001)

El Decano de la Facultad de ............................................................. 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 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 sustituído 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 ..........................................................