



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA



FACULTAD
DE MEDICINA

Universidad de la República
Facultad de Medicina
Departamento de Personal

D	M	A

SOLICITUD DE LICENCIA EXTRAORDINARIA

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	1er. NOMBRE	2do. NOMBRE

C. I.	Nº DE CARGO	DENOMINACION	SERVICIO o DEPENDENCIA

El que suscribe, solicita autorización para faltar **desde el** _____ hasta el _____
inclusive, por concepto de:

LICENCIA EXTRAORDINARIA

CON SUELDO
SIN SUELDO

* Se notifica que, a partir de la fecha de inicio de la LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO, quedará suspendido del SNIS el involucrado y sus beneficiarios, si los tuviere. Es RESPONSABILIDAD DEL INTERESADO presentarse en la Sección Personal a comunicar su reintegro a efectos de que sea reincorporado al sistema.

DOMICILIO	TELEFONO	E-MAIL	FIRMA del SOLICITANTE

INFORME DEL JEFE RESPECTIVO

INFORME DEL DIRECTOR RESPECTIVO

Concedida
Denegada

Concedida
Denegada

Fecha y firma

Fecha y firma

INFORME DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAL

RESOLUCION

Concedida
Denegada

Fecha y firma
