

**FORMULARIO PARA SOLICITUD DE LICENCIA  
EXTRAORDINARIA DE CARÁCTER SOCIAL**

SERVICIO :

FECHA :

**DATOS DEL FUNCIONARIO**

<b>Cédula de Identidad</b>	<b>Apellidos y Nombres</b>

<b>Denominación del Cargo</b>	<b>Nro. Cargo</b>	<b>Escalafón</b>	<b>Grado</b>	<b>Horas</b>

<b>Domicilio</b>

<b>Teléfonos</b>			
------------------	--	--	--

<b>Lugar donde podrá ser ubicado por el Asistente Social</b>			
<i>(En caso de no ser ubicado en su Domicilio completar la siguiente información)</i>			
<b>Nombre del Paciente</b>			
<b>Dirección</b>			
<b>Teléfono</b>		<b>Horario</b>	

*Fecha de Inicio de la Licencia Social*

*Firma del Solicitante*

**JEFE O DIRECTOR INMEDIATO**

FECHA :    /    /

Se toma conocimiento. Pase a Sección Personal.

*Firma del Jefe o Director*

**INFORME DE SECCIÓN PERSONAL**

FECHA :    /    /

En el día de la fecha se remite Fax a la División Universitaria de la Salud.

*Por Sección Personal*