

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

SERVICIO :

FECHA :

DATOS DEL FUNCIONARIO

Cédula de Identidad	Apellidos y Nombres

Denominación del Cargo	Nro. Cargo	Escalafón	Grado	Horas

Domicilio

Teléfonos			
------------------	--	--	--

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

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