



Universidad de la República
Facultad de Medicina
Departamento de Personal

| | | |
|---|---|---|
| D | M | A |
| | | |

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA FACULTAD DE MEDICINA

SOLICITUD DE LICENCIA EXTRAORDINARIA DE CARACTER SOCIAL

SERVICIO

| | | | |
|----------------------|----------------------|--------------------|--------------------|
| 1er. APELLIDO | 2do. APELLIDO | 1er. NOMBRE | 2do. NOMBRE |
| | | | |

| CEDULA DE IDENTIDAD | Nº DE CARGO | DENOMINACION | ESCALAFON | GRADO | HORAS |
|---------------------|-------------|--------------|-----------|-------|-------|
| | | | | | |

DOMICILIO

TELEFONOS

Lugar dónde podrá ser ubicado por el Asistente Social
 (En caso de no ser ubicado en su Domicilio completar la siguiente información)

| | |
|-----------------------------|-----------------|
| 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 SECCION PERSONAL

Fecha: / /

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

Por Sección Personal