



Universidad Nacional
de Entre Ríos

LICENCIA

Concepción del Uruguay

Lugar

fecha

Señor Facultad de Ciencias de la Salud

Solicito licencia conforme con las indicaciones que obran a continuación:

DATOS PERSONALES	LICENCIA
Apellido/s: _____	Causa: _____
Nombre/s: _____	Art. _____ Inc. _____ Dec./Ley N° _____
Documento: _____	Término: Desde ____/____/____ Hasta ____/____/____
Domicilio: _____	Comprobante que se acompaña: _____
Localidad: _____	
Teléfono: _____	

TAREAS EN LA QUE SOLICITA LICENCIA

Cargo / Hs. de Cátedra _____
Carácter _____
Dependencia: _____
Antigüedad: en la Administración Pública (ininterrumpida): _____ en la Dependencia: _____
Firma del solicitante _____

INFORME DEL DEPARTAMENTO PERSONAL

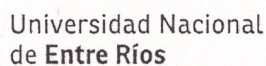
_____ está en condiciones de otorgarse.
Observaciones: _____

Firma responsable _____

INFORME JEFE INMEDIATO

Lugar _____	Fecha ____/____/____
Señor _____	
Elevo a Ud. Debidamente diligenciada, la presente solicitud de licencia, de acuerdo con los requisitos exigidos	

NOTA: TODA SOLICITUD DE JUSTIFICACION MOTIVADA POR CUALQUIER CAUSA, DEBERA SER TRAMITADA POR EL PRESENTE FORMULARIO EL PRIMER DIA DE ASISTENCIA DEL AGENTE, CASO CONTRARIO, NO SE LE DARA CURSO.-



LICENCIA

por el régimen vigente, estimando que _____

Firma de la autoridad

RESOLUCION

Lugar _____ Fecha ____ / ____ / ____

Fundamentos en caso de denegación _____

VISTO la licencia solicitada y atento a los informes que anteceden

Firma y sello de la autoridad

NOTIFICACION

Lugar _____ Fecha ____/____/____

Me notifiqué en el día de la fecha, declarando conocer el régimen de recursos Administrativos para impugnar la resolución que antecede.

Firma del agente

Firma del notificador

DEPARTAMENTO PERSONAL

Registrado y archivado el _____

Firma responsable