

DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDOS	NOMBRES	DÍA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ESTRUCTURA (Instituto, Servicio, Sección)	CÉDULA DE IDENTIDAD	TOTAL DE DÍAS		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

TIPO DE LICENCIA (MARCAR CON UNA CRUZ)

<input type="checkbox"/> REGLAMENTARIA	<input type="checkbox"/> DUELO
<input type="checkbox"/> INCENTIVO	<input type="checkbox"/> ESPECIAL
<input type="checkbox"/> ANTIGÜEDAD	<input type="checkbox"/> ESTUDIO
<input type="checkbox"/> DONACIÓN DE SANGRE	<input type="checkbox"/> EXTRAORDINARIA
<input type="checkbox"/> PATERNIDAD (La licencia por maternidad es otorgada por la DUS)	<input type="checkbox"/> OTRAS _____ (Aclarar en Observaciones)

PERÍODO DE LICENCIA

DESDE	DÍA	MES	AÑO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HASTA (inclusive)	DÍA	MES	AÑO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OBSERVACIONES

**FIRMA Y ACLARACIÓN
DEL SOLICITANTE**

FIRMA
SUPERIOR INMEDIATO O
JEFE DE SECCIÓN

FIRMA
DIRECTOR/A DE INSTITUTO O
DIRECTOR/A DE DEPARTAMENTO TÉCNICO
ADMINISTRATIVO Y/O DE SERVICIOS

FIRMA DECANO/A
(si corresponde)

FIRMA SECCIÓN PERSONAL