

DATOS DEL SOLICITANTE

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

TIPO DE LICENCIA (MARCAR CON UNA CRUZ)

<input type="checkbox"/> REGLAMENTARIA	<input type="checkbox"/> NACIMIENTO
<input type="checkbox"/> DUELO	<input type="checkbox"/> ESPECIAL
<input type="checkbox"/> DONACIÓN DE SANGRE	<input type="checkbox"/> ESTUDIO
<input type="checkbox"/> MATERNIDAD	<input type="checkbox"/> _____

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"/>

FIRMA y ACLARACIÓN
DOCENTE / FUNCIONARIO

FIRMA SUPERIOR

FIRMA DECANO/A
(si corresponde)

FIRMA SECC. PERSONAL