

**SOLICITUD DE LICENCIA
EXTRAORDINARIA
DE CARÁCTER SOCIAL**

DÍA	MES	AÑO	DEPARTAMENTO / INSTITUTO / UNIDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DEL SOLICITANTE

CÉDULA DE IDENTIDAD	APELLIDOS	NOMBRES
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DENOMINACIÓN DEL CARGO	NRO. DE CARGO	ESCALAFÓN	GRADO	HORAS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DOMICILIO

TELÉFONOS

LUGAR DONDE PODRÁ SER UBICADO POR EL ASISTENTE SOCIAL

EN CASO DE NO SER UBICADO EN SU DOMICILIO COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

NOMBRE DEL PACIENTE	DIRECCIÓN DONDE SE ENCUENTRA
<input type="text"/>	<input type="text"/>

TELÉFONOS	HORARIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Usufructúo los días de licencia especial en su totalidad

SI NO

Le fue negada la licencia especial

SI NO

FECHA DE INICIO DE LA SOLICITUD DE LICENCIA SOCIAL	DÍAS SOLICITADOS
<input type="text"/>	<input type="text"/>

FIRMA SOLICITANTE

FIRMA JEFE O SUPERIOR INMEDIATO

JEFE O DIRECTOR INMEDIATO

Fecha: _____

Se toma conocimiento. Pase a Sección Personal.

FIRMA DEL/LA JEFE/A O DIRECTOR/A