DIA	MES	AÑO

Universidad de la República
Facultad de Odontología

SOLICITUD DE LICENCIA EXTRAORDINARIA

NOMBRE COMPLETO	CÁTEDRA / SERVICIO
TELÉFONO Y/O CELULAR	**Nº DE CARGO**

En caso de ocupar más de un cargo en la Facultad, presentar un formulario por cada cargo.

TOTAL DE DIAS CORRIDOS		DESDE			HASTA			MARQUE CON *X* LO QUE CORRESPONDE	CON GOCE	SIN GOCE

Tiene otro cargo público fuera de F.O.		En caso afirmativo, indicar el período de licencia sin goce de sueldo solicitado en el mismo	

FUNDAMENTACIÓN:

REINTEGRO Cuando la licencia sin sueldo exceda los 30 días, no se liquidarán haberes ni se gozará del beneficio del SNIS hasta que el funcionario comunique su reintegro en Sección Personal y complete el formulario

FIRMA del SOLICITANTE : _____ **C.I.:** _____

INFORME DEL SUPERIOR

Autorizado Sí___No___ Autorizado Sí____No____

FIRMA REFERENTE _____ FIRMA DIR. DEPARTAMENTO _____
Fecha ___/___/___ Fecha ___/___/___

Cuando la licencia es sin goce de sueldo es obligación del funcionario hacerse cargo de todos los pagos imputables al sueldo y los descuentos particulares que se practiquen al mismo.

NOTIFICACION DE TESORERIA **FIRMA**_____

FECHA_____

INFORME DE PERSONAL **FIRMA**_____

Se adjuntan datos complementarios del cargo
Se emitió comunicado Preventivo de Baja. SI_____ NO_____ **FECHA** / /

AUTORIZADO

SECRETARIA _____ **DECANO** _____