

LICENCIA



Facultad de Odontología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

NOMBRES Y APELLIDOS		FECHA
SERVICIO/CATEDRA:		
NRO. CARGO:		
HORARIO QUE DESEMPEÑA (solo para docentes):		

TIPO DE LICENCIA	PERIODO	
	FECHA DESDE	FECHA HASTA
REGLAMENTARIA (Ordin., Antig., Incent)		
ESPECIAL adjuntar comprobante		
PARA RENDIR EXAMENES- adjuntar comprobante		
OTROS (mudanza, elecciones, duelo, etc.)*		

*Especificar en "Observaciones"

FIRMA DEL SOLICITANTE:

OBSERVACIONES:	
-----------------------	--

AUTORIZADO:	SI	NO
FIRMA Y ACLARACION REFERENTE		
	SI	NO
FIRMA Y ACLARACION DIRECTOR DEPTO.		

AUTORIZADO:	SI	NO
FIRMA DECANO/SECRETARIA:		