

FORMULARIO PARA SOLICITUD DE LICENCIA EXTRAORDINARIA DE CARÁCTER SOCIAL

SERVICIO:	FECHA:
------------------	---------------

DATOS DEL FUNCIONARIO

Cédula de Identidad	Apellidos y Nombres

Denominación del Cargo	Nro. Cargo	Escalafón	Grado	Horas

Domicilio

Teléfonos			
------------------	--	--	--

Lugar donde podrá ser ubicado por el Asistente Social			
(En caso de no ser ubicado en su Domicilio completar la siguiente información)			
Nombre del Paciente			
Dirección			
Teléfono		Horario	

Fecha de Inicio de la Licencia Social

Firma del Solicitante

JEFE O DIRECTOR INMEDIATO

FECHA: / /

Se toma conocimiento. Pase a Sección Personal.

Firma del Jefe o Director

INFORME DE SECCIÓN PERSONAL

Fecha: / /

En el día de la fecha se remite Fax a la División Universitaria de la Salud.

Por Sección Personal