

	FORMULARIO		
	DOCENTES: SOLICITUD DE REINTEGROS DE LICENCIAS CON GOCE DE SUELDO		
	Código: FORM-ACAD-005	Versión: 2	Emisión: 02-05-2019

Nº NOTA / SOLICITUD

DEPARTAMENTO

EXPEDIENTE Nº

APELLIDO COMPLETO <input type="text"/>	NOMBRE COMPLETO <input type="text"/>	
Nº LEGAJO <input type="text"/>	Nº SUBCARGO <input type="text"/>	FECHA DE REINTEGRO <input type="text"/>

CARGO		
<input type="radio"/> Jefe de Trabajos Prácticos	<input type="radio"/> Ayudante 1°	<input type="radio"/> Ayudante 2°
<input type="radio"/> Profesor Titular	<input type="radio"/> Profesor Asociado	<input type="radio"/> Profesor Adjunto

DEDICACIÓN		
<input type="radio"/> Exclusiva	<input type="radio"/> Semi-exclusiva	<input type="radio"/> Parcial

DURACIÓN	
<input type="radio"/> Menor a un mes	<input type="radio"/> Mayor a un mes

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA <small>(los campos marcados con un asterisco* son obligatorios)</small>	
<input type="checkbox"/> Nota del interesado*	<input type="checkbox"/> Informe de Actividades*

Firma y Aclaración/Sello

Para uso de Mesa de Entradas