

SOLICITUD DE LICENCIA CON GOCE DE HABERES, MENOR A UN MES

Código: FORM-ACAD-008

Versión: 1

Emisión: 30-08-2019

FECHA INICIO LICENCIA FECHA FIN LICENCIA EXPEDIENTE N.º DEPARTAMENTO APELLIDO COMPLETO NOMBRE COMPLETO Nº LEGAJO Nº SUBCARGO EMAIL

CARGO

 Jefe de Trabajos Prácticos Ayudante 1° Ayudante 2° Profesor Titular Profesor Asociado Profesor Adjunto Profesor Emérito Profesor Consulto Otro

DEDICACIÓN

 Exclusiva Semi-exclusiva Parcial

INDIQUE CÓMO CUBRIRÁ SUS TAREAS DOCENTES DURANTE ESTE PERIODO:

 Período libre por... ... no tener que hacer docencia por... ... no ser período lectivo ... no estar asignado a una materia ... otro (detallar) ... haber cumplido la carga docente

Materia 1:

Año:

 Curso de verano 1^{er} Cuatrimestre Curso de invierno 2^{do} Cuatrimestre

Materia 2:

Año:

 Curso de verano 1^{er} Cuatrimestre Curso de invierno 2^{do} Cuatrimestre Reemplazante de cargo similar con aval del Profesor a cargo de la materiaMateria _____
Firma del reemplazante_____
Firma del Profesor a cargo_____
Aclaración_____
Aclaración

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (los campos marcados con un asterisco* son obligatorios)

 Constancia que avala la solicitud* (carta de invitación / e-mail / constancia de inscripción / resolución) Formulario de cobertura ART (FORM-HCDA-001)* Resumen de trabajo

Elaboró/modificó: MC

Revisó:

Aprobó:

SOLICITUD DE LICENCIA CON GOCE DE HABERES, MENOR A UN MES

Código: FORM-ACAD-008

Versión: 1

Emisión: 30-08-2019

MOTIVO DE LA LICENCIA

Actividad

 Pasantía Congreso Curso Competencia Colaboración científica Evaluación

 Otro (detallar):

Rol

 Expositor/Disertante Asistente Organizador Jurado de concurso Jurado de Tesis

 Coordinador Evaluador Colaborador Otro (detallar):

Lugar

País		Ciudad	
País		Ciudad	
País		Ciudad	

Firma del Solicitante

Aclaración

Ingresó al Departamento

El/La Director/a del Departamento...

 ...recomienda aprobar la licencia de acuerdo a lo solicitado.

 ...recomienda aprobar la licencia desde [] hasta [].

 ...no recomienda aprobar la licencia.

Fundamentos:

Firma y Sello Director/a Departamento

Para uso de Mesa de Entradas

VISTA la recomendación de la dirección del Departamento, se autoriza esta solicitud.

PASE al Departamento respectivo para notificación del interesado. Éste deberá adjuntar al presente expediente un escrito informando la fecha de reintegro a sus funciones y las tareas desarrolladas en su licencia respectiva, dentro de los 10 días de su regreso (Res N°638/86).

Firma y Sello Secretaría Académica

Fecha

Elaboró/modificó: MC	Revisó:	Aprobó:
Sistema de Gestión de la Calidad – sg.exactas.uba.ar/gestion/calidad		Página 2 de 2