



FORMULARIO

**DOCENTES: SOLICITUD DE ALTAS O DE
REINTEGROS DE LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO**

Código: FORM-ACAD-004

Versión: 3

Emisión: 10-05-2022

N° NOTA / SOLICITUD DEPARTAMENTO EE (GDE) EXPEDIENTE N° **CARGO** Jefe/a de Trabajos Prácticos Ayudante 1° Ayudante 2° Profesor/a Titular Profesor/a Asociado/a Profesor/a Adjunto/a**DEDICACIÓN** Exclusiva Semi-exclusiva Parcial

APELLIDO COMPLETO NOMBRE COMPLETO
N° LEGAJO N° SUBCARGO FECHA DE ALTA/REINTEGRO

APELLIDO COMPLETO NOMBRE COMPLETO
N° LEGAJO N° SUBCARGO FECHA DE ALTA/REINTEGRO

APELLIDO COMPLETO NOMBRE COMPLETO
N° LEGAJO N° SUBCARGO FECHA DE ALTA/REINTEGRO

APELLIDO COMPLETO NOMBRE COMPLETO
N° LEGAJO N° SUBCARGO FECHA DE ALTA/REINTEGRO

APELLIDO COMPLETO NOMBRE COMPLETO
N° LEGAJO N° SUBCARGO FECHA DE ALTA/REINTEGRO

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (los campos marcados con un asterisco* son obligatorios) Nota de la/s persona/s interesada/s*

Firma y Aclaración/Sello
de la Dirección del Departamento

Elaboró/modificó: YA

Revisó: MC

Aprobó: IC

Sistema de Gestión de la Calidad – sg.exactas.uba.ar/gestion/calidad

Página 1 de 1

Para proponer modificaciones a este formulario escribir a subse_gestion@de.fcen.uba.ar