



FORMULARIO

**DOCENTES: SOLICITUD DE REINTEGROS  
DE LICENCIAS CON GOCE DE SUELDO**

Código: FORM-ACAD-005

Versión: 3

Emisión: 10-05-2022

N° NOTA / SOLICITUD 

DEPARTAMENTO

EE (GDE)  EXPEDIENTE N° APELLIDO COMPLETO  NOMBRE COMPLETO N° LEGAJO  N° SUBCARGO  FECHA DE REINTEGRO **CARGO**

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

**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** (los campos marcados con un asterisco\* son obligatorios)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nota del/de la interesado/a* | <input type="checkbox"/> Informe de Actividades* |
|---|--|

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración/Sello  
de la Dirección del Departamento

Elaboró/modificó: MC

Revisó: YA

Aprobó: AP

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