

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: DQA

Aprobó: IC

	FORMULARIO	
	SOLICITUD DE LICENCIA CON GOCE DE HABERES, MENOR A UN MES	
	Código: FORM-ACAD-008	Versión: 1

MOTIVO DE LA LICENCIA

Actividad

<input type="checkbox"/> Pasantía	<input type="checkbox"/> Congreso	<input type="checkbox"/> Curso	<input type="checkbox"/> Competencia	<input type="checkbox"/> Colaboración científica	<input type="checkbox"/> Evaluación
<input type="checkbox"/> Otro (detallar): _____					

Rol

<input type="checkbox"/> Expositor/Disertante	<input type="checkbox"/> Asistente	<input type="checkbox"/> Organizador	<input type="checkbox"/> Jurado de concurso	<input type="checkbox"/> Jurado de Tesis
<input type="checkbox"/> Coordinador	<input type="checkbox"/> Evaluador	<input type="checkbox"/> Colaborador	<input type="checkbox"/> 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: DQA	Aprobó: IC
Sistema de Gestión de la Calidad – sg.exactas.uba.ar/gestion/calidad		Página 2 de 2