UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA

LICENCIAS

NUMERO DE EXPEDIENTE

1. DATOS DEL SOLICITANTE

CEDULA DE IDENTIDAD	NOMBRE DEL SOLICITANTE	No.FUNC.

2. CARGO ACTUAL

DOCENTE		NO DOCENTE		DEPENDENCIA DONDE TRABAJA

No. CARGO	DENOMINACION	Esc.	S Esc.	Gdo.	C.Horaria	CARACTER (1)

(1) : Titular, Interino, Contratado, Suplente

NOMBRE DEL DIRECTOR QUE AUTORIZA LA LICENCIA	DEPENDENCIA EN LA QUE TRABAJA EL DIRECTOR

3. PRESENTACION DE LA SOLICITUD

CANTIDAD DE DIAS		Desde				Hasta			

TIPO DE LICENCIA

Reglamentaria		Adopción de menores		Actos eleccionarios	
Antigüedad		Donación de sangre		Art. 30 - Otras causas just.	
Incentivo		Donación de órg. y tejidos		Exámenes ginecológicos	
Enfermedad		Duelo		Extraordinaria Con goce de sueldo	
Maternidad		Matrimonio		Extraordinaria Sin goce de sueldo	
Medio horario por lactancia		Pruebas o exámenes		Otorgadas por autoridades Universitarias	
Paternidad		Horas a compensar		Social	
				Año Sabático	

4. FUNDAMENTACION

		DIA	MES	AÑO
FIRMA	ACLARACION DE FIRMA			

5. OPINION SUPERIOR INMEDIATO

¿ EXISTE IMPEDIMENTO EN ACCEDER A LO SOLICITADO ? SI [ ] NO [ ]

OBSERVACIONES:

		DIA	MES	AÑO
FIRMA	ACLARACION DE FIRMA			

(SIGUE AL DORSO)

6. DECLARACION JURADA (Completar sólo en caso de Solicitud de Licencia sin goce de sueldo)

DOMICILIO CONSTITUIDO A EFECTOS LEGALES

TELEFONO | FAX | CORREO ELECTRONICO

En el caso de que la licencia solicitada sea sin goce de sueldo, tal que impida el pago de obligaciones contraidas con anterioridad a este trámite, quien suscribe se obliga, según corresponda, a:
1) abonar directamente en el BROU las cuotas pendientes de pago por créditos contraidos con dicha Institución, hasta saldar la deuda; 2) efectuar directamente los pagos correspondientes por haber hecho uso del servicio de garantía de alquileres de la Contaduría General de la Nación; 3) efectuar en forma directa el pago de todos los compromisos asumidos por los cuales se efectúen descuentos sobre sus haberes, incluidas las garantías otorgadas a terceros.

SI CORRESPONDE DEBE PRESENTAR EN TESORERIA COPIA DE LOS FORMULARIOS DE LA C.G.N.
QUE ACREDITA LA SUSTITUCION DE GARANTÍA O PAGO DE ALQUILERES CONTRATADOS

FIRMA | ACLARACION DE LA FIRMA | DIA | MES | AÑO

7. DATOS PARA LA DIVISION UNIVERSITARIA DE LA SALUD (Sólo para las solicitudes que deban ir a la DUS)

Certificación solicitada en: (Marque lo que corresponda)

CONSULTORIO ☐ DOMICILIO ☐ SANATORIO ☐ EDAD DEL SOLICITANTE

BREVE DESCRIPCION DE LAS TAREAS QUE REALIZA:

En caso de certificación en domicilio, debe indicar:

DOMICILIO DE VISITA | TELEFONO

ENTRE CALLE | Y | CALLE

En caso de certificación en sanatorio, debe indicar:

NOMBRE DE LA INSTITUCION | PISO | SALA | CAMA

DIRECCION

Si se trata de licencia social debe indicar: NOMBRE DEL FAMILIAR

FIRMA | ACLARACION DE FIRMA | DIA | MES | AÑO

8. RECEPCION EN PERSONAL

FIRMA | ACLARACION DE FIRMA | DIA | MES | AÑO