

|   |                       |   |  |                       |
|---|-----------------------|---|--|-----------------------|
| <b>UNC</b>  | FECHA:                | DEPENDENCIA:  | SOLICITUD DE LICENCIA                        |                       |
|   | / /                   |   |  |                       |
| APELLIDO Y NOMBRES:                                 |                       | LEGAJO Nº:  | ANTIGUEDAD:                                  | DOCENTE<br>NO DOCENTE |
| VACACIONES ANUALES <input type="checkbox"/>         |                       | EXAMEN <input type="checkbox"/>                         |  |                       |
| ENFERMEDAD AGENTE <input type="checkbox"/>          |                       | LIC. POR ESTUDIOS, BECAS, ETC. <input type="checkbox"/> |  |                       |
| ENFERMEDAD FAMILIAR (1) <input type="checkbox"/>    |                       | FALLECIMIENTO FAMILIAR (1) <input type="checkbox"/>     |  |                       |
| MATERNIDAD <input type="checkbox"/>                 |                       | AÑO SABATICO <input type="checkbox"/>                   |  |                       |
| MATRIMONIO AGENTE <input type="checkbox"/>          |                       | POR RAZONES PARTICULARES <input type="checkbox"/>       |  |                       |
| NACIMIENTO HIJO <input type="checkbox"/>            |                       | SERVICIO MILITAR <input type="checkbox"/>               |  |                       |
| MATRIMONIO HIJO <input type="checkbox"/>            |                       | OTROS: <input type="checkbox"/>                         |  |                       |
| (1) INDICAR PARENTESCO:                             |                       |   |  |                       |
| DESDE:  | HASTA:<br>(Inclusive) | TOTAL DIAS:   | CON GOCE DE SUELDO: <input type="checkbox"/> |                       |
| / /   | / /                   |   | SIN GOCE DE SUELDO: <input type="checkbox"/> |                       |
| DOCUMENTACION PROBATORIA QUE SE ADJUNTA: (detallar) |                       |   |  |                       |
| AUTORIZADO RESOLUCION Nº:                           |                       | FECHA RESOLUCION  | EXPEDIENTE Nº                                |                       |
| CONTROL   |                       |   | OBSERVACIONES:                               |                       |
| Días Solicitados:                                   | Días Acumulados:      | Días que Restan   |  |                       |
|   |                       |   |  |                       |
| FIRMA DEL SOLICITANTE:                              | FIRMA JEFE SUPERIOR:  | CONTROLO:   | Vº Bº JEFE PERSONAL                          |                       |