|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE LICENCIA ESPECIAL Y** EXTRAORDINARIA |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  LICENCIA PARCIAL | [ ]  | LICENCIA TOTAL | [ ]  |

La solicitud debe presentarse en Montevideo con 30 días de antelación.

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS PERSONALES:** |  |
| APELLIDOS Y NOMBRES: |       |
| C.I.: |       | DOMICILIO: |       | TEL.: |       |
| CORREO ELECTRÓNICO: |       |
|  |
| **CARGOS DOCENTES Y NO DOCENTES QUE OCUPA:**  |  |
| CARGO/ASIGNATURA | HS. SEM. | REPARTICIÓN | CARÁCTER CARGO |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|  |
| **LICENCIA SOLICITADA:** |
| CARGO/ASIGNATURA | HS. SEM. | REPARTICIÓN | CARÁCTER CARGO |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
| DESDE:  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|    |    |    |

 | HASTA:  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|    |    |    |

 | CON SUELDO: |

|  |
| --- |
|   |

 | SIN SUELDO: |

|  |
| --- |
|   |

 |
| **MOTIVO:** |       |
|       |
| ART. DOC.:  |  | 70.9 |

|  |
| --- |
|   |

 | 70.14 |

|  |
| --- |
|   |

 | 75 |

|  |
| --- |
|   |

 | ART. NO DOC.: | 67 |

|  |
| --- |
|   |

 | 68 |

|  |
| --- |
|   |

 |
| COMPROBANTE ADJUNTO DE: |       |
| **DECLARO QUE INCLUYO TODOS LOS CARGOS POR LOS QUE SOLICITO LICENCIA Y QUE PRESENTO ESTA SOLICITUD EN LA REPARTICIÓN DONDE TENGO MAYOR CARGA HORARIA, COMPROMETIÉNDOME A COMUNICAR DE INMEDIATO EN FORMA ESCRITA A LOS DIRECTORES/JEFES DE LAS DEMÁS REPARTICIONES DONDE SOLICITO LICENCIA.** |
| FECHA: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|    |    |    |

 |

|  |
| --- |
|  |
| FIRMA DEL SOLICITANTE |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| **DIRECCIÓN ESCOLAR / JEFE REPARTICIÓN:**  |  |
| FECHA DE ENTRADA:  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|    |    |    |

 | REPARTICIÓN/ ESCUELA: |       | P.T.: |       |
| TOMADO CONOCIMIENTO ESTA JEFATURA MANIFIESTA SU: ACUERDO [ ]  DESACUERDO [ ]  CON LA SOLICITUD |
| MOTIVOS:       |
| FECHA DE SALIDA: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|    |    |    |

|  |
| --- |
|  |
| FIRMA DEL RESPONSABLE |

  |
| **ENVIAR POR MAIL ESCANEADO EN 48 HS. A DEPTO. ADM. DOCUMENTAL: expdocumental@utu.edu.uy** |
|  |