



FORMULARIO DE REINTEGRO DE INTERRUPCIÓN DE PASANTIA

Nota Importante: El interesado debe presentar este formulario en el Departamento de Personal el mismo día de su reintegro.

FECHA DE REINTEGRO		
DÍA	MES	AÑO

CARGO Nº

NOMBRES Y APELLIDOS

FECHA DE NACIMIENTO		
DÍA	MES	AÑO

DOCUMENTO de IDENTIDAD	CODIGO DE SALUD

Firma del Interesado

Firma de Director o Catedrático

Fecha y firma recibido por
Depto. Personal