

# FORMULARIO PARA SOLICITUD DE LICENCIA EXTRAORDINARIA DE CARÁCTER SOCIAL

SERVICIO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

## DATOS DEL FUNCIONARIO

<b>Cédula de Identidad</b>	<b>Apellidos y Nombres</b>

<b>Denominación del Cargo</b>	<b>Nro. Cargo</b>	<b>Escalafón</b>	<b>Grado</b>	<b>Horas</b>

<b>Domicilio</b>

<b>Teléfonos</b>			
------------------	--	--	--

<b>Lugar donde podrá ser ubicado por el Asistente Social</b>			
(En caso de no ser ubicado en su Domicilio completar la siguiente información)			
Nombre del Paciente			
Dirección			
Teléfono		Horario	

\_\_\_\_\_  
Fecha de Inicio de la Licencia Social

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

---

## JEFE O DIRECTOR INMEDIATO

FECHA:     /     /

Se toma conocimiento. Pase a Sección Personal.

\_\_\_\_\_  
Firme del Jefe o Director

---

## INFORME DE SECCIÓN PERSONAL

FECHA:     /     /

En el día de la fecha se remite Fax a la División Universitaria de la Salud.

\_\_\_\_\_  
Por Sección Personal