



Universidad de Buenos Aires



Facultad de Odontología
Hospital Odontológico Universitario

Buenos Aires, _____ de _____ de 20 ____

SOLICITUD DE LICENCIA SIN GOCE DE HABERES

APELLIDO Y NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

_____ N° DE LEGAJO: _____

CARGO: _____

DEPENDENCIA: _____

PERIODO DE LICENCIA: DESDE ___/___/___ HASTA ___/___/___

CANTIDAD DE MESES: _____ MOTIVO DE LA SOLICITUD :

Firma del Solicitante

ESTE FORMULARIO DEBIDAMENTE CONFECCIONADO, DEBERA PRESENTARSE EN LA DIRECCION DE PERSONAL Y LIQUIDACION DE HABERES CON VEINTE (20) DIAS DE ANTICIPACION A LA FECHA DE INICIO DE LA LICENCIA SOLICITADA, A FIN DE PERMITIR SU CONSIDERACION POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.

Buenos Aires, _____ de _____ de 20 ____

SEÑOR DECANO:

Elevo a su consideración la presente solicitud de licencia sin goce de haberes, aconsejando su aceptación.

Firma y Sello
del Jefe Responsable