



FORMULARIO

**SOLICITUD DE LICENCIA CON GOCE DE HABERES, MENOR A UN MES**

Código: FORM-ACAD-008

Versión: 2

Emisión: 10-05-2022

FECHA INICIO LICENCIA FECHA FIN LICENCIA EE (GDE) EXPEDIENTE N° DEPARTAMENTO APELLIDO COMPLETO  NOMBRE COMPLETO N° LEGAJO  N° SUBCARGO  EMAIL **CARGO**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Jefe/a de Trabajos Prácticos | <input type="radio"/> Ayudante 1°           | <input type="radio"/> Ayudante 2°               |
| <input type="radio"/> Profesor/a Titular           | <input type="radio"/> Profesor/a Asociado/a | <input type="radio"/> Profesor/a Adjunto/a      |
| <input type="radio"/> Profesor/a Emérito           | <input type="radio"/> Profesor/a Consulta/a | <input type="radio"/> Otro <input type="text"/> |

**DEDICACIÓN**

- |                                 |                                      |                               |
|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Exclusiva | <input type="radio"/> Semi-exclusiva | <input type="radio"/> Parcial |
|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|

**INDIQUE CÓMO CUBRIRÁ SUS TAREAS DOCENTES DURANTE ESTE PERIODO:**

- Período libre por...**
- ... no tener que hacer docencia por...
    - ... no ser período lectivo
    - ... no estar asignado a una materia
    - ... otro (detallar)
  - ... haber cumplido la carga docente

**Materia 1:**

Año:	<input type="radio"/> Curso de verano	<input type="radio"/> 1 <sup>er</sup> Cuatrimestre	<input type="radio"/> Curso de invierno	<input type="radio"/> 2 <sup>do</sup> Cuatrimestre
------	---------------------------------------	--	---	--

**Materia 2:**

Año:	<input type="radio"/> Curso de verano	<input type="radio"/> 1 <sup>er</sup> Cuatrimestre	<input type="radio"/> Curso de invierno	<input type="radio"/> 2 <sup>do</sup> Cuatrimestre
------	---------------------------------------	--	---	--

- Reemplazante de cargo similar con aval del Profesor/a a cargo de la materia**

Materia \_\_\_\_\_  
Firma del reemplazante\_\_\_\_\_  
Firma del Profesor/a a cargo\_\_\_\_\_  
Aclaración\_\_\_\_\_  
Aclaración**DOCUMENTACIÓN ADJUNTA** (los campos marcados con un asterisco\* son obligatorios) Constancia que avala la solicitud\* (carta de invitación / e-mail / constancia de inscripción / resolución) Formulario de cobertura ART (FORM-HCDA-001)\* Resumen de trabajo

Elaboró/modificó: MC

Revisó: YA

Aprobó: AP

Sistema de Gestión de la Calidad – sg.exactas.uba.ar/gestion/calidad

Página 1 de 2

Para proponer modificaciones a este formulario escribir a subse\_gestion@de.fcen.uba.ar

	FORMULARIO	
	<b>SOLICITUD DE LICENCIA CON GOCE DE HABERES, MENOR A UN MES</b>	
	Código: FORM-ACAD-008	Versión: 2

### MOTIVO DE LA LICENCIA

#### Actividad

<input type="checkbox"/> Pasantía	<input type="checkbox"/> Congreso	<input type="checkbox"/> Curso	<input type="checkbox"/> Competencia	<input type="checkbox"/> Colaboración científica	<input type="checkbox"/> Evaluación
<input type="checkbox"/> Otro (detallar):					

#### Rol

<input type="checkbox"/> Expositor/a / Disertante	<input type="checkbox"/> Asistente	<input type="checkbox"/> Organizador/a	<input type="checkbox"/> Jurado de concurso	<input type="checkbox"/> Jurado de Tesis
<input type="checkbox"/> Coordinador/a	<input type="checkbox"/> Evaluador/a	<input type="checkbox"/> Colaborador/a	<input type="checkbox"/> Otro (detallar):	

#### Lugar

País	Ciudad
País	Ciudad
País	Ciudad

\_\_\_\_\_  
Firma del/la Solicitante

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Ingresó al Departamento

#### La Dirección del Departamento...

...recomienda aprobar la licencia de acuerdo a lo solicitado.

...recomienda aprobar la licencia desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.

...no recomienda aprobar la licencia.

Fundamentos:

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello  
de la Dirección del Departamento

**VISTA** la recomendación de la Dirección del Departamento, se autoriza esta solicitud.

**PASE** al Departamento respectivo para notificación del interesado/a. Éste/a deberá adjuntar al presente Expediente un escrito informando la fecha de reintegro a sus funciones y las tareas desarrolladas en su licencia respectiva, dentro de los 10 días de su regreso (Res N°638/86).

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Secretaría Académica

\_\_\_\_\_  
Fecha

Elaboró/modificó: MC	Revisó: YA	Aprobó: AP
Sistema de Gestión de la Calidad – <a href="http://sg.exactas.uba.ar/gestion/calidad">sg.exactas.uba.ar/gestion/calidad</a>		Página 2 de 2

Para proponer modificaciones a este formulario escribir a [subse\\_gestion@de.fcen.uba.ar](mailto:subse_gestion@de.fcen.uba.ar)