

LUGAR Y FECHA: ....., de .....de.19.....	SOLICITUD N° .....
--	--------------------

Sr/a. Director/a - Rector/a – Responsable Unidad Educativa:

Por la presente, solicito el otorgamiento de licencia sin goce de haberes a partir del ...../...../..... hasta el ...../...../..... de acuerdo a los datos que detallo a continuación:

**TIPO DE LICENCIA :** .....

**DATOS DEL DOCENTE QUE SOLICITA LICENCIA**

Apellido y Nombre	C.U.I.L. N°	Documento tipo y N°

CALLE :..... N° :..... BARRIO :.....

LOCALIDAD:.....C.P.:..... DEPARTAMENTO :..... TEL:.....

**DATOS DEL CARGO/HORAS CATEDRA DE MAYOR JERARQUIA A DESIGNAR**  
(En caso de Licencia por Cargo de Mayor jerarquía).

UNIDAD EDUCATIVA / DEP./ REPARTICION:..... N°:.....

CARGO	TURNO	CONDICION LABORAL

CARRERA O EQUIVALENTE	ASIGNATURA O EQUIVALENTE	COND.LAB	N° Hs.	CURSO	DIV.	TURNO

**DATOS DEL CARGO / HORAS CATEDRA EN EL / LOS QUE SOLICITO LICENCIA:**

UNIDAD EDUCATIVA / INSTITUCION	N°	CARRERA o EQUIVALENTE	ASIGNATURA / CARGO o EQUIVALENTE	COND. LAB.	N° Hs.	CUR SO	DIV	TUR NO	FECHA ALTA

NOTA: La presente solicitud tiene el carácter de DECLARACION JURADA, declarando conocer y reunir los requisitos legales exigidos para el otorgamiento.

Observaciones:.....  
.....

..... Firma y Sello Director/a – Rector/a – Res. Unidad Educat. donde presenta la solicitud	..... Firma y aclaración del/la Solicitante
---	--