



.....  
Nombres y Apellido

.....  
DNI o CUIL

**Solicitud de: LICENCIAS- JUSTIFICACIÓN DE INASISTENCIAS**

**NOTA:** Corresponden aquellas establecidas por el CCT, y las instrumentadas por la Institución.  
**RECUERDE** realizar su solicitud con 48 hs de antelación.-

**Desde:** ..... **Hasta:**.....

**Motivo:** .....  
.....  
.....

**Encuadre Legal** (corresponde completar si es por CCT o si se otorga mediante otro instrumento legal): .....  
.....

.....  
Fecha de la solicitud

.....  
Firma digital y aclaración del solicitante

---

**Toma de conocimiento: (Secretarios de Áreas – Coordinadores – Directores - Jefes)**

Secretaría de: .....(firma y sello) ..... (Fecha)

Coordinador de: .....(firma y sello) ..... (Fecha)

Dirección de: .....(firma y sello) ..... (Fecha)

Observaciones:.....

AUTORIZADO

NO AUTORIZADO

Decanato: ..... (firma y sello) ..... (Fecha)

Vice Decanato: ..... (firma y sello) ..... (Fecha)

Observaciones.....

---

Intervención de Personal:.....