



Universidad de Puerto Rico

Unidad Institucional _____

Registro Semestral de Licencia por Enfermedad Personal Docente de Enseñanza

Nombre del Profesor _____ Núm. De Control _____
Facultad _____
Departamento _____
Año Académico _____
Semestre _____
Rango _____
Tarea Docente _____

Haga una marca de cotejo y llene el blanco de horas, si aplica.

_____ Certifico que cumplí con las disposiciones en el Artículo 55, y el Artículo 65, Secciones 65.1 a la 65.4 del Reglamento General de la Universidad de Puerto Rico.
_____ Certifico que no utilicé licencia por enfermedad durante este periodo.
_____ Certifico que utilicé _____ días. _____ Horas en el periodo de licencia por enfermedad.

Firma del Profesor

Fecha

Certifico correcto:

Firma del Director o Decano

Fecha

Patrono con igualdad de Oportunidades en el empleo M/M/V/I
Véase Normas Aplicables