



**Universidad de Puerto Rico
Recinto Universitario de Mayagüez
Oficina de Recursos Humanos**

Verificado por: _____

Analista de Recursos Humanos

Fecha: _____

- Solicitud de Licencia
- Informe de Ausencia

| | | |
|---|--------------------------|--|
| Nombre | Número de Control | Título del Puesto o Rango |
| Decanato o Facultad | | Departamento u Oficina |
| Clasificación <input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> No Docente <input type="checkbox"/> De confianza <input type="checkbox"/> Docente Administrativo | | Status <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Sustituto <input type="checkbox"/> Temporero <input type="checkbox"/> Probatorio <input type="checkbox"/> Contrato de Servicios |
| Clase de Licencia | | |
| <input type="checkbox"/> Ordinaria <input type="checkbox"/> Compensatoria | | <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Sin Sueldo Autorizada <input type="checkbox"/> Judicial <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| Desde _____ | | Hasta _____ |
| Núm. Horas | Día | Mes |
| | Año | Hora |
| | | Día |
| | | Mes |
| | | Año |
| | | Hora |
| Observaciones: _____ | | |
| _____ | | |
| _____ Firma de Empleado | | _____ Fecha |
| Recomendado por: _____ Supervisor Inmediato | | _____ Fecha |
| *Certificado Médico* | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ Firma de Médico | | _____ Fecha del Certificado |

* Este certificado deberá completarse por un médico autorizado cuando la Oficina de Recursos Humanos o el supervisor inmediato lo solicite.

Instrucciones:

Enviar el original a la Oficina de Recursos Humanos debidamente completado y firmado por el empleado y su supervisor