

Universidad de Puerto Rico

Unidad Institucional

SOLICITUD PARA LA CONCESIÓN DE DÍAS DEL FONDO DE RESERVA DE LICENCIA PARA EL PERSONAL DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO

Información del (de la) Empleado(a)

Nombre de j (de la) Empleado(a) _____
Seguro Social _____
Rango Académico _____
Facultad/Escuela _____
Decanato _____
Departamento _____
Tipo de nombramiento _____

Incluya evidencia médica para acreditar condición y días que espera estar fuera del trabajo

Firma del Personal Docente

Fecha

PARA SER COMPLETADO POR LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

Balance de Licencia al:

Ordinaria¹

Enfermedad

Agota balance al

Días Cedidos del Fondo de Reserva

A partir de-

(Si no es aprobada razones para la denegacion)

Certifico que la información que se provee está de conformidad con el expediente del empleado.

Firma del(de la) Director(a) de Recursos Humanos

Fecha

¹ Aplica en los casos que el empleado docente esté ocupando un puesto administrativo.

Este formulario es para uso exclusivo del Personal Docente, según los acuerdos estipulados con el Comité de Diálogo Institucional para las Condiciones de Trabajo del Personal Docente (CODI).

Patrono con Igualdad de Oportunidades en el Empleo