

Universidad de Puerto Rico

Unidad Institucional

DONACIÓN AL FONDO DE RESERVA DE LICENCIA PARA EL PERSONAL DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO

Información del(de la) Empleado(a)

Nombre del(de la) Empleado(a): _____

Seguro Social _____

Rango Académico: _____

Facultad/Escuela: _____

Decanato _____

Departamento _____

Tipo de Nombramiento _____

Autorizo que se descuente un día de mi balance de licencia por enfermedad, para que sea donado al Fondo de Reserva para el Personal Docente de la Universidad de Puerto Rico.

Firma del Personal Docente

Fecha

PARA SER COMPLETADO POR LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

Balance de Licencia por Enfermedad

Días Donados al Fondo de Reserva

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

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