Rev. Oct. 03

Universidad de Puerto Rico

_____

Unidad Institucional

DONACION DE LICENCIA ORDINARIA AL BANCO DE LICENCIA POR CASOS DE ENFERMEDAD PROLONGADA[1]

INFORMACION DEL EMPLEADO

Nombre del empleado _____

Seguro Social _____

Titulo del Puesto _____

Facultad / Escuela _____

Decanato _____

Departamento _____

Oficina _____

Tipo de nombramiento : { } Permanente { } Especial
{ } Probatorio { } Otro _____

Autorizo se descuente un día de mi balance de licencia ordinaria, para que sea donado al Banco de Licencias por Casos de Enfermedad Prolongada.

_____ _____
Firma del Empleado Fecha

PARA SER COMPLETADO POR LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

BALANCE DE LICENCIA		
Antes de Donar	Luego de Donar	Aprobado : { } No aprobado : { }
Razón para denegar:		

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

_____ _____
Firma del Director o Representante Autorizado Fecha

[1] Este formulario es para uso exclusivo de empleados miembros de la Hermandad de Empleados Exentos No Docentes (HEEND), según los acuerdos estipulados en las Reglas y Condiciones de Trabajo vigentes.
O - Oficina de Recursos Humanos **C** - HEEND, Oficina Central de Recursos Humanos y Empleados

Véase instrucciones al dorso