



## Universidad de Puerto Rico

Unidad Institucional \_\_\_\_\_

### Registro Semestral de Licencia por Enfermedad Personal Docente de Enseñanza

Nombre del Profesor \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_  
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 59, y el Artículo 69, Secciones 69.1 a la 69.4 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