



FORMULARIO DE CONTROL HORARIO DOCENTE
Y SOLICITUD DE LICENCIAS

APELLIDOS, NOMBRES	
CARGO	SECCIÓN

MES	AÑO
Nº C.I.	

DIA	DESDE	HASTA	CODIGO	DIA	DESDE	HASTA	CODIGO
1				16			
2				17			
3				18			
4				19			
5				20			
6				21			
7				22			
8				23			
9				24			
10				25			
11				26			
12				27			
13				28			
14				29			
15				30			
				31			
COD.:COM(comisión) OM(omisión) RR(reloj roto)							

FIRMAS		OBSERVACIONES
FUNCIONARIO		
RESPONSABLE	(sello o aclaración de firma)	



APELLIDOS, NOMBRES	
CARGO	SECCIÓN

MES	AÑO
Nº C.I.	

LICENCIAS				
TIPO	CANT. DE DÍAS	DESDE (FECHA)	HASTA (FECHA)	OBSERVACIONES (Aclarar el cargo al que corresponde la licencia usufrutuada)
REGLAMENTARIA				
ASUETO				
PARA RENDIR PRUEBAS O EXAMENES (*)				
ESPECIAL - ART. 30 (*)				
DONACIÓN DE SANGRE (*)	1			
PATERNIDAD/ MATERNIDAD (*)				
ADOPCIÓN (*)				
MATRIMONIO (*)	15			
CORTE ELECTORAL (*)				
PAP/ MAMOGRAFIA (*)	1			
MUDANZA (*)	2			
DUELO (*)				

Nota: (*) indica que se debe adjuntar el comprobante correspondiente.

MEDICA	SE INGRESARÁN ÚNICAMENTE LOS DÍAS CERTIFICADOS POR LA DUS, DEBERÁ ADJUNTARSE CONSTANCIA
--------	---

		RECIBIDO SECC. PERSONAL	INGRESADO SECCIÓN PERSONAL
FIRMAS		FECHA	FECHA
FUNCIONARIO			
RESPONSABLE (sello o aclaración de firma)			
		FIRMA	FIRMA