

**FORMULARIO PARA SOLICITUD DE LICENCIA
EXTRAORDINARIA DE CARÁCTER SOCIAL**

| | |
|------------|---------|
| SERVICIO : | FECHA : |
|------------|---------|

DATOS DEL FUNCIONARIO

| | |
|---------------------|---------------------|
| Cédula de Identidad | Apellidos y Nombres |
| | |

| | | | | |
|------------------------|------------|-----------|-------|-------|
| Denominación del Cargo | Nro. Cargo | Escalafón | Grado | Horas |
| | | | | |

| |
|-----------|
| Domicilio |
| |

| | | | |
|-----------|--|--|--|
| Teléfonos | | | |
|-----------|--|--|--|

| | | | |
|---|--|---------|--|
| Lugar donde podrá ser ubicado por el Asistente Social | | | |
| <i>(En caso de no ser ubicado en su Domicilio completar la siguiente información)</i> | | | |
| Nombre del Paciente | | | |
| Dirección | | | |
| Teléfono | | Horario | |

Fecha de Inicio de la Licencia Social

Firma del Solicitante

JEFE O DIRECTOR INMEDIATO

FECHA : / /

Se toma conocimiento. Pase a Sección Personal.

Firma del Jefe o Director

INFORME DE SECCIÓN PERSONAL

FECHA : / /

En el día de la fecha se remite Fax a la División Universitaria de la Salud.

Por Sección Personal