

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).

Patrón con Igualdad de Oportunidades en el Empleo M/M/V/I