

Universidad de Puerto Rico

Unidad Institucional

**SOLICITUD PARA LA CONCESIÓN DE DÍAS DEL FONDO DE RESERVA DE LICENCIA
PAR AEL 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:

Incluya evidencia médica para acreditar condición y días que espera estar fuera del trabajo

Firma del Personal Docente

Fecha

PARA SER COMPLETADO POR LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

Balance de Licencia al:

Ordinaria¹

Enfermedad

Agota balance al:

Días Cedidos del Fondo de Reserva

A partir de:

(Si no es aprobada, razones para la denegación)

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

¹ Aplica en los casos que el empleado docente esté ocupando un puesto administrativo.

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).

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