



Universidad de Buenos Aires



Facultad de Odontología  
Hospital Odontológico Universitario

Buenos Aires, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

**SOLICITUD DE LICENCIA SIN GOCE DE HABERES**

APELLIDO Y NOMBRE DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N° DE LEGAJO: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

DEPENDENCIA: \_\_\_\_\_

PERIODO DE LICENCIA: DESDE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HASTA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CANTIDAD DE MESES: \_\_\_\_\_ MOTIVO DE LA SOLICITUD :

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

ESTE FORMULARIO DEBIDAMENTE CONFECCIONADO, DEBERA PRESENTARSE EN LA DIRECCION DE PERSONAL Y LIQUIDACION DE HABERES CON VEINTE (20) DIAS DE ANTICIPACION A LA FECHA DE INICIO DE LA LICENCIA SOLICITADA, A FIN DE PERMITIR SU CONSIDERACION POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.

Buenos Aires, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.-

SEÑOR DECANO:

Elevo a su consideración la presente solicitud de licencia sin goce de haberes, aconsejando su aceptación.

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello  
del Jefe Responsable