



SOLICITUD LICENCIA POR ENFERMEDAD O MATERNIDAD Docentes

DATOS SOLICITANTE

| | |
|-------------------|--|
| Nombre y apellido | |
| D.N.I. | |
| Cargo/s | |
| Asignatura/s | |
| Carrera | |
| Desde / hasta | |

| |
|--------------|
| FIRMA |
| |

*Enviar el presente formulario lleno y foto del certificado médico al mail: fpsico-sec@uda.edu.ar