E

N° de ESCUELA	N° de LEGAJO	
		_____ (Dependencia)
N° DE FACULTAD O ESC. SUPERIOR		Mendoza, _____
N° DE MESA DE ENTRADAS		_____ (Apellido y Nombres)
		_____ (Cargo)
		_____ (Domicilio)

Señor _____

Solicito licencia CON/SIN goce de haberes desde el ------/ --------/ ------ hasta el ------/ --------/ ------ inclusive (-------- días CORRIDOS/ HABILES por ------ _____ de conformidad a la reglamentación vigente.

_____
(Firma)

INFORME DEL DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Señor ( ) _____

Este Servicio Médico ha constatado el estado de enfermedad de _____

_____

y aconseja concederle -------- días para su tratamiento a partir del _____

con imputación a: _____

Conformidad del jefe de la Dependencia	Mesa Gral. Entradas		Dpto. de Sanidad Iniciales
_____ (Firma)	Entro ----/ ----/ ---- Salio ----/----/ ----	_____ (Firma)	Entro ----/ ----/ ---- Salio ----/----/ ----

INFORME DE ESTADISTICA Y PERSONAL

Señor ( ) _____

_____

_____

_____

_____

_____ (Firma)

Estadística y personal

Entro ----/ ----/ ----

Salio ----/----/ ----

Mesa Gral. de Entradas

Entro ----/ ----/ ----

Salio ----/----/ ----

PARTE DISPOSITIVA DE LA RESOLUCION DE LA AUTORIDAD QUE CORRESPONDA :

_____

_____

Oficina Gral. Despacho

Entro ----/ ----/ ----

Salió ----/----/ ----