

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ (2) Nº de Personal: \_\_\_\_\_ (3)  
 Dependencia: \_\_\_\_\_ (4) Tel. Interno Nº: \_\_\_\_\_ (5)  
 solicita permiso, **con goce de salario**, a partir del \_\_\_\_\_ (6) al \_\_\_\_\_ Tel. Particular Nº: \_\_\_\_\_ (7)  
 por motivo de: \_\_\_\_\_ Tel. Celular Nº: \_\_\_\_\_ (8)

- |  |   |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Maternidad _____ (9)                            | 10 <input type="checkbox"/> Internación de familiar               |
| 2 <input type="checkbox"/> Paternidad                                      | 11 <input type="checkbox"/> Intervención quirúrgica de familiar   |
| 3 <input type="checkbox"/> Adopción de hijo o hija                         | 12 <input type="checkbox"/> Acompañar a familiar a estudio médico |
| 4 <input type="checkbox"/> Fallecimiento: cónyuge, cónyuge aparente o hijo | 13 <input type="checkbox"/> Licencia Sindical                     |
| 5 <input type="checkbox"/> Fallecimiento: padre o madre                    | 14 <input type="checkbox"/> Docencia Universitaria                |
| 6 <input type="checkbox"/> Fallecimiento: hermano o abuelo                 | 15 <input type="checkbox"/> Beca otorgada por terceros            |
| 7 <input type="checkbox"/> Amamantamiento de hijo/a                        | 16 <input type="checkbox"/> Examen Final                          |
| 8 <input type="checkbox"/> Matrimonio                                      | 17 <input type="checkbox"/> Cumplimiento de Disposiciones Legales |
| 9 <input type="checkbox"/> Enfermedad de familiar                          | 18 <input type="checkbox"/> Exámenes de papanicolau y mamografía  |

Obs.: \_\_\_\_\_ (10)

Adjunto: Documentos respaldatorios

\_\_\_\_\_ (11)  
 Firma del Interesado  
 Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A:  DPTO. DE GESTIÓN DEL PERSONAL (DRH/DGP) \_\_\_\_\_ (12)  DPTO. DE ACOMPAÑAMIENTO DEL PERSONAL (DRH/DAP)  
 DPTO. DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN (DRH/DFC)

\_\_\_\_\_ (13)  
 \_\_\_\_\_ (14)  
 Firma Jefe Unidad Administrativa  
 Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dpto. de Gestión del Personal (DRH/DGP)	Dpto. de Acompañamiento del Personal (DRH/DAP)	Dpto. de Formación y Capacitación (DRH/DFC)
Observaciones: _____ (15)	Observaciones: _____ (18)	Observaciones: _____ (21)
_____ (16) _____ (17) Procesado por Firma del Jefe Pers. Nº: _____ Fecha: ____/____/____ Fecha: ____/____/____	_____ (19) _____ (20) Procesado por Firma del Jefe Pers. Nº: _____ Fecha: ____/____/____ Fecha: ____/____/____	_____ (22) _____ (23) Procesado por Firma del Jefe Pers. Nº: _____ Fecha: ____/____/____ Fecha: ____/____/____