

SOLICITUD DE LICENCIA POR ENFERMEDAD / MATERNIDAD / ACCIDENTE DE TRABAJO

(utilice letra imprenta clara, sin enmendadura)

N°

SEÑOR: _____

(Decano / jefe de Oficina General o similar)

EL SEÑOR (A): _____

PERSONAL: _____ NOMBRADO: _____ CONTRATADO: _____

DOCENTE: CAT.CLAS _____ ADM: GRUPOCUP/NIV _____

TIEMPO DE SERVICIO A LA UNMSM _____

QUIEN TRABAJA EN LA FACULTAD/ OFICINA GENERAL DE

REQUIERE SE EXPIDA UNA RESOLUCIÓN RECTORAL QUE CONCEDA LICENCIA POR :

(marque con un aspa lo que corresponda)

ENFERMEDAD ☐

MATERNIDAD PRE NATAL ☐ MAYOR DE DIEZ DÍAS CONTINUOS ☐

MATERNIDAD POSTNATAL ☐ MAYOR DE VEINTE DÍAS ANUALES ☐

ACCIDENTE DE TRABAJO ☐

BASADO EN LOS CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO SIGUIENTE:

CITT N.º	SERVICIO MED.	HOSPITAL	TOTAL DE DÍAS	PERIODO(DE/A)

ADJUNTO REMITO LOS DOCUMENTOS ORIGINALES DE LOS CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD O COPIAS RECONOCIDAS POR FUNCIONARIO AUTORIZADO

ÚLTIMOS DESCANSOS MÉDICOS ANTERIORES RECONOCIDOS

CITT N.º	SERVICIO MED.	HOSPITAL	TOTAL DE DÍAS	PERIODO(DE/A)

FECHA ____/____/____

SECRETARIO ADMINISTRATIVO
JEFE DE LA OGP

JEFE DE PERSONAL
JEFE UNIDAD DE CONTROL
DE ASISTENCIA - OGP

SEÑOR JEFE DE LA OFICINA GENERAL DE PERSONAL, SÍRVASE TRAMITAR SE EXPIDA LA
RESOLUCIÓN RECTORAL CONCEDIENDO LICENCIA POR ENFERMEDAD / MATERNIDAD PRE
NATAL / MATERNIDAD POSTNATAL / ACCIDENTE DE TRABAJO (tache lo que no corresponda)

AL SEÑOR (A) _____

FECHA ____/____/____ FIRMA _____

APELLIDOS Y NOMBRE DEL DECANO _____

OFICINA DE GESTIÓN / OGP

OBSERVACIONES _____

FECHA ____/____/____ FIRMA _____

APELLIDOS Y NOMBRES _____

SEÑOR SECRETARIO GENERAL SÍRVASE ELABORAR EL PROYECTO DE RESOLUCIÓN RECTORAL
CORRESPONDIENTE

FECHA ____/____/____ FIRMA _____

JEFE OGP _____