

LICENCIA POR INCOMPATIBILIDAD

Mendoza, del mes de..... de 20...

A la Sra. Decana

Facultad de Educación

S. _____ / _____ D.

Quien suscribe, se dirige a usted a fin de solicitarle tramite la **Licencia por INCOMPATIBILIDAD** desde..... hasta..... en el siguiente cargo:

- Denominación del Cargo:
- Dedicación: (Simple – Semiexclusiva – Exclusiva en caso de corresponder)
- Carácter: (Interino – Efectivo)
- Catedra o Espacio curricular:(en caso de corresponder)
- Designado por Resolución N° desde hasta
- Dependencia en la que presta servicios:

Motiva tal solicitud la designación en el cargo de:

- Denominación del Cargo:
- Dedicación: (Simple – Semiexclusiva – Exclusiva en caso de corresponder)
- Carácter: NO PUEDE SER EFECTIVO
- Catedra o Espacio curricular: (en caso de corresponder)
- Designado por Resolución N° desde hasta
- Dependencia en la que presta servicios:

Se adjunta Declaración Jurada de Cargos y Actividades actualizada.

Atentamente

Firma:

Aclaración:

Núm. de Legajo:

CUIL: