



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
MENDOZA - REPÚBLICA ARGENTINA

MENDOZA, \_\_\_\_\_

Nº de Legajo \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre

Cargo

Domicilio

Señor/ \_\_\_\_\_

Solicito licencia CON  SIN  goce de haberes desde el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
hasta el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Inclusive (\_\_\_\_ días CORRIDOS / HABLES) por

de conformidad con la reglamentación vigente.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Conformidad del Jefe

\_\_\_\_\_  
INFORME DE LA DIRECCION DE PERSONAL