



Solicitud de Licencia

Nombre del Solicitante

Número de Seguro Social

Puesto

Departamento y/o Oficina

Unidad

Clase de Licencia

Vacaciones
 Enfermedad

Sin sueldo
 Militar sin sueldo

Maternidad
 Judicial

Especial

Desde

Hasta

Día	Mes	Año	Hora	Día	Mes	Año	Hora

Observaciones:

Fecha

Firma de Empleado

Fecha

Recomendada Supervisor

Informe de Licencia Acumulada

Balance A

Vacaciones

Enfermedad

Aprobado

No Aprobado

Certificado Médico

Certifico:

Fecha

Firma Médico y Número de Licencia

Fecha

Recomendada Rector/Vicepresidente y/o
Decano Facultad Derecho y Bayamón

Fecha

Aprobado
 No Aprobado

Firma del Presidente