



## Solicitud de Licencia

Nombre del Solicitante

Número de Identificación Personal

Puesto

Departamento y/u Oficina

Unidad

### Clase de Licencia:

- Vacaciones     
  Sin sueldo     
  Maternidad     
  Especial  
 Enfermedad     
  Militar sin sueldo     
  Judicial

Desde				Hasta			
Día	Mes	Año	Hora	Día	Mes	Año	Hora

Número de Horas

Observaciones:

Fecha

Firma del Empleado

Fecha

Recomendada Supervisor

### Informe de Licencia Acumulada

Balance A

Vacaciones

Enfermedad

- Aprobado  
 No Aprobado

Oficial y/o Director de Recursos Humanos

### Certificado Médico

Certifico:

Fecha

Firma Médico y Número de Licencia

Fecha

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

Fecha

- Aprobado  
 Denegado

Firma del Presidente

Forma de  
Distribución

Copia Blanca  
Oficina de Recursos Humanos

Copia Amarilla  
Empleado

Copia Rosa  
Departamento u Oficina