



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