

CERTIFICACIONES MÉDICAS

Solicitud de Licencia: Por Enfermedad por el período desde/...../..... hasta/...../..... (Inclusive)
 Por Maternidad
 Por Lactancia

DÍA	MES	AÑO

Firma Func. que entrega form.

Contrafirma

Sello

DATOS PERSONALES

Cédula de Identidad	Cred. Cívica
1er. Apellido	2do. Apellido
1er. Nombre	2do. Nombre

Domicilio:
 Calle : _____
 Número _____ Apto. N° _____
 Entre _____ y _____

Teléfono _____ Celular _____

Localidad	Departamento

DATOS FUNCIONALES

N° de Cobro _____

Carácter del Cargo	Consejo	Escalafón/Gdo.	Descrip. Cargo	Carga Horaria	Radic. Cargo/Turno
Efectivo <input type="checkbox"/>					
Interino <input type="checkbox"/>					
Suplente <input type="checkbox"/>					
Presupuestado <input type="checkbox"/>					
Contratado <input type="checkbox"/>					
Becario/pasante <input type="checkbox"/>					

Declaro bajo juramento que también solicité licencia por la misma causal y por el mismo lapso en todas las otras tareas que desempeño.

Cargo Público: _____

Cargo Privado: _____

Firma del Solicitante

Se hace saber que deberá permanecer en su domicilio hasta el reintegro laboral; y que esta constancia deberá ser presentada en su lugar de trabajo dentro de las 24 horas para Montevideo, en el interior dentro de los 7 días calendario a partir de iniciada la licencia.