

**DEPARTAMENTO DE RRHH – SECCIÓN PERSONAL**

**FORMULARIO DE LICENCIA Y  
CONTRALOR DE ASISTENCIA**

Mes		Año	
-----	--	-----	--

**1. DATOS DEL SOLICITANTE**

C.I.		Nombre y Apellido	
------	--	-------------------	--

**2. CARGO QUE OCUPA**

**Dependencia en donde trabaja**

Docente	<input type="checkbox"/>	No Docente	<input type="checkbox"/>	Pasante	<input type="checkbox"/>	Puesto N°		
---------	--------------------------	------------	--------------------------	---------	--------------------------	-----------	--	--

**3. SOLICITUD DE LICENCIA**

Cantidad de días	<input type="text"/>	Desde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hasta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------------	----------------------	-------	----------------------	----------------------	----------------------	-------	----------------------	----------------------	----------------------

**TIPO DE LICENCIA QUE SOLICITA - MARQUE CON "X" EL CASILLERO QUE CORRESPONDA**

R	Lic.Reglament..	<input type="checkbox"/>	E	Lic.x estudio	<input type="checkbox"/>	1/2 ML	1/2-Horario x Lactancia	<input type="checkbox"/>	E/G	Exámenes ginecológicos	<input type="checkbox"/>
RA	Lic.Antigüedad	<input type="checkbox"/>	D	Lic.x duelo	<input type="checkbox"/>	LP	Lic.paternal	<input type="checkbox"/>	ADOP	Adopción menores	<input type="checkbox"/>
INC	Lic.Incentivo	<input type="checkbox"/>	MAT	Lic.x matrimonio	<input type="checkbox"/>	AS	Asuetos	<input type="checkbox"/>	A/E	Actos Eleccionarios	<input type="checkbox"/>
M	Lic.Médica	<input type="checkbox"/>	EP	Lic.Especial Art.30	<input type="checkbox"/>	Art.29	Mudanza	<input type="checkbox"/>	D/OyT	Donación de Organos y Tej.	<input type="checkbox"/>
LM	Lic.Matern.	<input type="checkbox"/>	L/C	Lic.por concurso	<input type="checkbox"/>	D/S	Donación sangre	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

**Observaciones:**

<b>Firma del funcionario/a - Pasante</b>

<b>Firma del Director/a o Responsable del Servicio</b>

<b>Recibido por Personal</b>

<b>D</b>	<b>M</b>	<b>A</b>

#### 4. CONTRALOR DE ASISTENCIA

Día	Descripción		Código	Firma Jefe	Día	Descripción		Código	Firma Jefe
	Desde	Hasta				Desde	Hasta		

CÓDIGOS DE CONTRALOR HORARIO					
COM	Salida Comisión	Art. 15	Artículo 15	ACH	Aut.hs. a compensar
P	Paros	CH	Compensación de hs.		

OMISIÓN DE REGISTRO							
Día		Día		Día		Día	
Entrada		Entrada		Entrada		Entrada	
Salida		Salida		Salida		Salida	

CAMBIOS DE HORARIO							
Día		Día		Día		Día	
Horario desde		Horario desde		Horario desde		Horario desde	
Horario hasta		Horario hasta		Horario hasta		Horario hasta	

Firma del funcionario/a Pasante

Firma del Director/a o Responsable del Servicio

Recibido por Personal

D	M	A

<p><b>Maldonado</b>  Tacuarembó s/nro. entre Av.Artigas y Aparicio Saravia/ Tel.: 42255326 int. 561 al 565  mail: <a href="mailto:contralordeasistencia@cure.edu.uy">contralordeasistencia@cure.edu.uy</a>  <a href="mailto:personal@cure.edu.uy">personal@cure.edu.uy</a></p>	<p><b>Rocha</b>  Ruta 9 y Ruta 15  Tel.:44727001 int.236 y 263  mail: <a href="mailto:contralordeasistencia@cure.edu.uy">contralordeasistencia@cure.edu.uy</a>  <a href="mailto:personal@cure.edu.uy">personal@cure.edu.uy</a></p>	<p><b>Treinta y Tres</b>  Ruta 8 Km 282  Tel.:44523753  Fax:44525290</p>
--	--	--