



Autorización N°.....

FORMULARIO AUTORIZACION CAMBIO LUGAR DE TRABAJO (CTLT 001)

El Director de la Escuela Superior de Ciencias de la Salud, en el día/...../.....
autoriza a el/la docente a cambiar su lugar de trabajo habitual
entre y
..... con el propósito de realizar la siguiente
actividad.....,
en (adjuntar documentación respaldatoria).

Las clases de las asignaturas a su cargo/en las que participa
serán recuperadas en las fechas y horarios continuación se indican:
.....
o, durante su ausencia, las clases de las asignaturas a su cargo/en las que participa
estarán a cargo del/la docentecontando
con su conformidad y la del/la Director/a del Departamento de
.....

En las mesas de exámenes en las que participa
será sustituido por el/la docente

Firma del Docente

Firma del Director de Departamento

Aclaración

Aclaración

Firma del/la docente reemplazante

Firma del Director de la Escuela

Aclaración

Sello