



Autorización N°.....

FORMULARIO AUTORIZACION CAMBIO LUGAR DE TRABAJO (CTLT 002)

El Consejo Directivo 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