

Mendoza,

Señor Secretario de Asuntos Estudiantiles
De la Facultad de Ciencias Médicas
Med. Carlos Fabián DIAZ
S_____//_____D

SOLICITUD DE LICENCIA ESTUDIANTIL:

Nombre y Apellido: _____
DNI: _____
Nº de Registro: _____
Domicilio Real: _____
Carrera que cursa: _____

Causal Invocada:

- Embarazo
- Responsabilidad Parental
- Adopción o guarda de pre-adoptiva con fines de adopción
- Situaciones Médicas Particulares y/o específicas
- Intervenciones quirúrgicas de alta, media o baja complejidad
- Donación de Órganos
- Fallecimiento Familiar, Conyugue y/o quien cohabite en unión convivencial
- Situación de Violencia de Genero
- Actividades de intercambio en Universidades o Instituciones en el Extranjero en el territorio Nacional.
- Instancias y/o Eventos deportivos, Académicos, Científicos o Culturales
- Razones Particulares

Fecha de Hecho: _____
Fecha a partir de la cual se solicita el otorgamiento: _____
Fecha de Vencimiento de la licencia (tener en cuenta los máximos previstos en la reglamentación): _____
Documentación Adjunta: _____

Sin otro particular, saludo a usted atentamente.-

NOTA:

Dejo constancia que dentro de los 10 DÍAS de presentada esta solicitud, concurriré a la Dirección Área de Enseñanza a notificarme de la contestación de la misma.

Firma: _____
Aclaración: _____
DNI: _____
Nº de Registro: _____
Tel: _____
Cel: _____
Correo electrónico: _____

(Completar con letra clara)