

Al Secretario de Asuntos Estudiantiles
Facultad de Ciencias Médicas
Lic. Jorge Gustavo MICHEL
S/D.

Mendoza,

SOLICITUD DE LICENCIA ESTUDIANTIL Y JUSTIFICACIÓN DE INASISTENCIA:

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

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
- ☐ Atención del grupo familiar
- ☐ Situaciones Judiciales específicas
- ☐ Situación de Violencia de Género
- ☐ 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 presentación: _____
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.

Firma: _____
Aclaración: _____
DNI: _____
Nº de Registro: _____
Tel: _____
Cel: _____
Correo electrónico: _____
(Completar con letra clara)