

Autorización N°.....
Fecha/...../.....

FORMULARIO DE AUTORIZACION DE CAMBIO DE LUGAR DE TRABAJO (CTLT)

El Decano/ Consejo Académico de la Facultad de Ingeniería:

Autoriza al Docente.....
a cambiar su lugar de trabajo habitual entre el día/...../.....a las hs. (salida) y el día...../...../..... a lashs. (regreso) con el propósito de realizar la siguiente actividad.....
en-(Adjuntar documentación respaldatoria).

Consigne lo que corresponda:

Clases

* Las clases de las asignaturas a su cargo o en las que participa corresponden a y serán recuperadas en las fechas y horarios que a continuación se indican:

* Durante su ausencia, las clases de las asignaturas a su cargo / en las que participa estarán a cargo del docente..... contando con su conformidad y la del Director de Departamento.

Mesas de Examen

* En las mesas de exámenes en las que participa son y será sustituido por el docentecontando con su conformidad y la del Dir. de Departamento.

Firma y Aclaración del Docente Solicitante

Firma y Aclaración del Director Departamento

Firma y Aclaración Docente reemplazante

Firma y Sello del Decano