**PEDIDO DE LICENCIA POR RAZÓN DOCENTE**

APELLIDO Y NOMBRE:

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL PEDIDO:

DNI N°: LEGAJO N°:

SOLICITA LICENCIA POR RAZÓN DOCENTE LOS DÍAS:

FECHA DE INICIO: FECHA DE FIN:

EN LOS CURSOS:

CON MOTIVO DE:

Firma del solicitante…………………………