

SOLICITUD DE PERMISO/LICENCIA

_____ D.N.I. _____
profesor/a (1) _____,
adscrito al Departament de Pediatria, Obstetrícia i Ginecologia de la Universitat de València.

SOLICITA:

El siguiente permiso/licencia:

DURACIÓN:.....

FECHAS:.....

FINALIDAD:

DESTINO:

Con docencia asignada durante el período de permiso/licencia ☐

Sin docencia asignada durante el período de permiso/licencia ☐ (Señalar lo que proceda)

La docencia que le corresponde impartir, las tutorías y el resto de obligaciones docentes, serán asumidas por:

Asignatura	Centro	Curso	Grupo	Profesores Sustit.	Cat./ded.	Observaciones

Valencia, __ de _____ de 20__

Edo.

Sr. Director del Departament de Pediatria, Obstetrícia i Ginecologia de la Facultat de Medicina i Odontologia de la Universitat de València.

(1) Indicar el cuerpo docente al que pertenece o el tipo de contrato y la dedicación