



ADMINISTRACION NACIONAL DE EDUCACION PÚBLICA  
CONSEJO DIRECTIVO CENTRAL  
CONSEJO DE FORMACIÓN EN EDUCACIÓN

**SOLICITUD DE LICENCIA – PARA USO INTERNO DEL INSTITUTO**

|               |  |  |  |
|---------------|--|--|--|
| <b>FECHA:</b> |  |  |  |
|---------------|--|--|--|

Instituto: \_\_\_\_\_

| <b>APELLIDOS</b>                 | <b>NOMBRES</b>                   |
|----------------------------------|----------------------------------|
|                                  |                                  |
| <b>Nº de Cédula de Identidad</b> | <b>Fecha de Toma de Posesión</b> |
|                                  |                                  |
| ASIGNATURAS:                     |                                  |
|                                  |                                  |
| GRUPOS:                          |                                  |
| CARÁCTER DEL CARGO:              |                                  |

| Artículo<br>(Causal) | Estatuto del Funcionario Docente<br>(Ordenanza N° 45) | Período |       |
|----------------------|---|---------|-------|
|                      |   | Desde   | Hasta |
| <b>70.1</b>          | Licencia por enfermedad                               |         |       |
| <b>70.2</b>          | Licencia por maternidad                               |         |       |
| <b>70.3</b>          | Licencia por lactancia                                |         |       |

**NOTA: el/la docente deberá adjuntar el formulario visado por el MÉDICO CERTIFICADOR, estipulado para cada caso, en el Estatuto del Funcionario Docente (Ordenanza N° 45).**

\_\_\_\_\_  
Firma del Docente

**PARA USO DEL INSTITUTO**

|               |  |  |  |
|---------------|--|--|--|
| <b>FECHA:</b> |  |  |  |
|---------------|--|--|--|

Instituto: \_\_\_\_\_

Regístrese en su legajo, y comuníquese al Consejo de Formación en Educación, y a la Unidad de Liquidación de Sueldos Docentes, por PLANILLA MENSUAL DE INASISTENCIAS.

Remítanse a este Consejo la/s constancia/s emitida/s por el Médico Certificador.

\_\_\_\_\_  
Firma del/de la Director/a