

**RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
JUNTA ADMINISTRATIVA**

**CONSIDERACIÓN DE LICENCIA POR ENFERMEDAD
DOCUMENTOS REQUERIDOS AL CANDIDATO**

Nombre: _____

Facultad: _____

Posición actual: _____

E-mail: _____@upr.edu

- | | <i>Sí</i> | <i>No</i> |
|---|-----------|-----------|
| 1. Formulario – Solicitud de Licencia Extraordinaria, Sabática o Ayuda Económica para estudios y otros Propósitos docentes (Parte 3 del documento debidamente cumplimentada por el Director de la Oficina de Gerencia de Capital Humano) | () | () |
| 2. Certificado Médico: si el solicitante está reportado al FSE, debe someter el formulario Decisión sobre tratamiento médico completado por el médico del Fondo | () | () |
| 3. Recomendación (carta) del Director del Departamento | () | () |
| 4. Recomendación (carta) del Decano | () | () |