|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| APELLIDOS Y NOMBRE | | | |  | | | | | | |
| D.N.I |  | | | | CATEGORÍA DOCENTE | |  | | | |
| DEPARTAMENTO | | |  | | | | | ÁREA | |  |
| TELÉFONOS | |  | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | |  | |

|  |
| --- |
| **MOTIVOS DE LA SOLICITUD**  **(Marque con una X la casilla que corresponda)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Licencias a efectos de docencia e investigación** | | |
|  | a. | Licencias hasta 7 días al extranjero y de más de 7 días hasta dos meses |
|  | b. | Licencias de más de dos meses hasta tres meses |
|  | c. | Licencias de más de tres meses a un año |
|  | d. | Licencias de más de un año o sucesivas |

|  |  |
| --- | --- |
| Actividad a realizar /Motivo: |  |
| Fuente de Financiación: |  |
| Destino: |  |
| Dirección postal,  teléfono, fax o e-mail, en destino: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Periodo de tiempo solicitado: | De       a |

|  |
| --- |
| **Indicar la docencia a impartir y las obligaciones académicas previstas durante el periodo de permiso** |
|  |
| **Indicar el profesorado sustituto o el sistema de recuperación** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORME DE LA DIRECCIÓN MÉDICA**  **(Sólo para el profesorado con plaza vinculada)** | | | | **QUIEN SOLICITA** | | | | **INFORME DE LA DIRECCIÓN DEL DEPARTAMENTO** | | | |
| **VºBº** | | | | **En** | **,a** | **de** | **de 20** | **VºBº** **Autorizar Licencia**  **Denegar Licencia** | | | |
| **En** | **,a** | **de** | **de 20** |  | | | | En | **,**a | de | de **20** |
|  | | | |  | | | |
| **Fdo.:** | | | | **Fdo.:** | | | | **Fdo.:** | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DEL DEPARTAMENTO** | | | | |
| **VºBº** **Autorizar Licencia**  **Denegar Licencia** | | | | |
| **OBSERVACIONES** | | | | |
|  | | | | |
|  | En | ,a | de | de 20 |
| **Sello** | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RESOLUCIÓN** | | |
| Vista la presente solicitud y el informe que se acompaña a la misma, este Vicerrectorado ha resuelto: **Autorizar Licencia**  **OBSERVACIONES** | | |
|  | | |
| En Oviedo | , a  de | de 20 |
| EL RECTOR, P.D.  (Resolución de 28 de marzo de 2023, BOPA de 11 de abril)  El Vicerrector de Políticas de Profesorado  Fdo.: Pedro Alonso Velázquez | | |