



**CONSEJO TÉCNICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA**  
**Licencia sin goce de sueldo**

C.U.R.P.

R.F.C.

<b>Secretaría o Departamento de Adscripción</b>			
<b>Grado académico y Nombre</b>			
	Grado	Nombre(s)	Apellidos
<b>Categoría, Nivel y Tipo de Nombramiento actual</b>	<p><b>Señale con una X</b></p> <p>INVESTIGADOR <input type="checkbox"/> TITULAR <input type="checkbox"/> "A" <input type="checkbox"/></p> <p>PROFESOR DE CARRERA <input type="checkbox"/> ASOCIADO <input type="checkbox"/> "B" <input type="checkbox"/> CONTRATO POR OBRA DETERMINADA <input type="checkbox"/></p> <p>TÉCNICO ACADÉMICO <input type="checkbox"/> AUXILIAR <input type="checkbox"/> "C" <input type="checkbox"/></p> <p>PROFESOR DE ASIGNATURA <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> INTERINO <input type="checkbox"/></p> <p>AYUDANTE DE PROFESOR <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO <input type="checkbox"/> DEFINITIVO <input type="checkbox"/></p> <p>HORAS <input type="checkbox"/></p>		
<b>Área académica Asignatura</b>	BÁSICA <input type="checkbox"/>	CLÍNICA <input type="checkbox"/>	SOCIOMÉDICA <input type="checkbox"/>
			<b>Antigüedad en la UNAM</b> <input type="text"/> <b>No. de años</b>
<b>Motivo de la licencia</b>			
<b>Periodo de la licencia</b>	INICIO <input type="text"/> (DD/MM/AA)	TÉRMINO <input type="text"/> (DD/MM/AA)	

**DOCUMENTOS QUE DEBERÁ ANEXAR:**

- ❖ Petición escrita del interesado dirigida al Director

<input type="text"/> Fecha de elaboración (DD/MM/AA)	<b>El Interesado</b>  Firma	<b>El Secretario ó Jefe del Departamento</b>  Firma
---	-----------------------------------	---

Este formato y la documentación correspondiente deberán ingresarse a las oficinas de la SCT **veinte días hábiles previos a la fecha de inicio de la licencia.**

Es requisito contar al menos con dos años de antigüedad en la institución.