

# Universidad de Puerto Rico

---

Unidad Institucional

## **DONACIÓN DE LICENCIA ORDINARIA AL BANCO DE LICENCIA PARA CASOS DE ENFERMEDAD PROLONGADA**

### **Información del Empleado**

Nombre del Empleado:

Seguro Social:

Título del Puesto:

Decanato:

Departamento/Oficina:

Tipo de Nombramiento:

Explique:

Autorizo que se descuente un día de mi balance de licencia ordinaria para que sea donado al Banco de Licencia para casos de enfermedad prolongada.

---

Firma del Empleado Miembro de la HEEND

---

Fecha

### **Para ser Completado por la Oficina de Recursos Humanos**

Balance de licencia antes de donar:

Balance de licencia después de donar:

Acción tomada:

Razón para denegar:

Certifico que la información que se provee está de conformidad con el expediente del empleado.

---

Firma del Director o Representante Autorizado

---

Fecha

Patrono con igualdad de oportunidades en el empleo