

## FORMULARIO DE AUTORIZACION DE CAMBIO DE LUGAR DE TRABAJO (CTLT 001)

La Decana / el Consejo Académico<sup>1</sup> de la Facultad de Ciencias Sociales en el día..... autoriza al Docente..... a cambiar su lugar de trabajo habitual entre los días ..... y ..... con el propósito de realizar la siguiente actividad ..... en .....  
(Adjuntar documentación respaldatoria).-

Las clases de las asignaturas a su cargo / en las que participa son : ..... serán recuperadas en las fechas y horarios continuación se indican..... ó durante su ausencia, las clases de las asignaturas a su cargo / en las que participa estarán a cargo del docente ..... contando con su conformidad y la del Director del Departamento de .....

En las mesas de exámenes en las que participa son: ..... será sustituido por el docente ..... contando con su conformidad y la del Director del Departamento de.....

Firma y aclaración del docente:

Firma y aclaración del Director Departamento:

Firma y aclaración docente reemplazante:

Firma y sello Decana:

---

<sup>1</sup> Tachar lo que no corresponde: Hasta 14 días corresponde que autorice la Decana, más de 14 días debe ser aprobado por Consejo Académico.