

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