

EXTENSIÓN o REDUCCIÓN HORARIA DOCENTE

DÍA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SOLICITUD <input type="checkbox"/>	PRORROGA <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-----------------------------------

DATOS DEL SUPERIOR

APELLIDOS	NOMBRES	ESTRUCTURA ACADÉMICA (Instituto, Servicio)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SOLICITUD PARA EL / LA DOCENTE:

INTERINO EFECTIVO CONTRATADO

APELLIDOS - NOMBRES	N° CARGO	GRADO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

HORAS ACTUALES DEL CARGO	REDUCCIÓN A	EXTENSIÓN A	PERÍODO						
			DESDE			HASTA			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MOTIVO DE LA PETICIÓN *

FINANCIACIÓN

OBSERVACIONES

* Campo obligatorio. Véase los criterios Generales para la tramitación de extensión horaria, aprobado el 28/11/12 por el Consejo de Facultad de Psicología.
www.psyco.edu.uy/sites/default/files/criterios_extensiones_horarias_aprobado_por_el_cfp.pdf

FIRMA DEL DOCENTE

FIRMA SUPERIOR

RECIBIDO POR SECC. PERSONAL