

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

FORMATO DE INCIDENCIAS
ACADEMICAS

MTRO. ULISES MARTINEZ AJA
SECRETARIO ADMINISTRATIVO

AGRADECERÉ A USTED SE SIRVA DAR TRÁMITE A LO SEÑALADO A CONTINUACIÓN:

FECHA: _____

NOMBRE DEL PROFESOR

	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
NOMBRAMIENTO	_____		
AREA DE ADSCRIPCIÓN:	_____		
NÚM. EMPLEADO:	_____	_____	TURNO: _____
HORARIO :	_____		
CORREO ELECTRÓNICO:	_____	_____	TELÉFONO: _____

MARCAR CON UNA "X" EL TIPO DE INCIDENCIA

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>OMISIÓN DE REGISTRO DE FIRMA <input type="checkbox"/></div><div>FECHA DE LA OMISIÓN: _____</div></div>	<div>LICENCIA MÉDICA POR CUIDADOS MATERNOS</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>DÍAS OTORGADOS <input type="checkbox"/></div><div>A PARTIR DE: _____ A _____</div></div>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>COMISIÓN <input type="checkbox"/></div><div>FECHA: _____ A PARTIR DE: _____ A _____</div></div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>INCAPACIDAD: <input type="checkbox"/></div><div>NÚM. DE DÍAS DE INCAPACIDAD <input type="checkbox"/></div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>FECHA: _____ A PARTIR DE: _____ A _____</div></div>	

Nota: En el caso de las incidencias por comisión, incapacidad ó cuidados maternos deberá anexar la constancia correspondiente en un lapso no mayor a cinco días hábiles.

OBSERVACIONES:

AUTORIZA
FIRMA

SECRETARIA ACADÉMICA
NOMBRE

NOMBRE Y FIRMA DEL ACADÉMICO