

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

NOMBRAMIENTO	APELIDO PATERNO	APELIDO MATERNO	NOMBRE (S)
ÁREA DE ADSCRIPCIÓN:			
NÚM. EMPLEADO:			
HORARIO:			
CORREO ELECTRÓNICO:	TELÉFONO: _____		

MARCAR CON UNA "X" EL TIPO DE INCIDENCIA

OMISIÓN DE REGISTRO DE FIRMA <input type="checkbox"/>	FECHA DE LA OMISIÓN: _____	LICENCIA MÉDICA POR CUIDADOS MATERNOS
COMISIÓN <input type="checkbox"/>	FECHA: _____ A PARTIR DE: _____ A _____	DÍAS OTORGADOS <input type="checkbox"/> A PARTIR DE: _____ A _____
INCAPACIDAD: <input type="checkbox"/>	NÚM. DE DÍAS DE INCAPACIDAD <input type="checkbox"/>	
	FECHA: _____ A PARTIR DE: _____ A _____	

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