UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIRIQUI
Dirección General de Recursos Humanos
Sección de Asistencias y Vacaciones
Sección de Salud y Seguridad Laboral
Justificación de Ausencia

Fecha: Día_____ Mes _____ Año_____ Unidad Académica/Administrativa:_____

Nombre:_____ C.I.P._____

Período de Justificación Día: Mes: Año: Hora:

Día: Mes: Año: Hora:

Señale con un cotejo el tipo de justificación que corresponde:

☐	Cita de Control	☐	Rehabilitación Física
☐	Tratamiento en el Hospital Oncológico	☐	Tutor
☐	Accidente Laboral	☐	Exámenes Especializados
☐	Cirugía	☐	Laboratorios
☐	Fracturas	☐	Otros

Observaciones:

Vo Bo.: _____ Firma del Colaborador: _____
Decanato o Jefe de Unidad