

Paraná,......../......./........

Quién suscribe............................................................................................................... solicita hacer uso de la Licencia Anual Ordinaria año ................... pendiente, conforme Art. 45 del CCT de Docente Universitarios, a partir del día ........./............/........ y hasta el día ........./............/.....… .

*Artículo 45.- Licencia anual ordinaria La licencia anual ordinaria se acordará a todos los docentes por año vencido. El período de licencia se otorgará con goce íntegro de haberes de acuerdo a las siguientes normas: a)Términos: El término de esta licencia será fijado de acuerdo a la antigüedad que registra el docente al 31 de diciembre del año al que le corresponda el beneficio y de acuerdo con la siguiente escala: 1 - Hasta quince (15) años de antigüedad: treinta (30) días corridos, que coincidirán con el período de receso estival anual que establezca cada Institución Universitaria Nacional. 2 - Más de quince (15) años de antigüedad: cuarenta y cinco (45) días corridos. En este caso la licencia podrá ser fraccionada en dos períodos, de los cuales el primero coincidirá con el período de receso estival anual establecido por la Institución Universitaria, no pudiendo ser menor a treinta (30) días corridos. El resto de la licencia anual ordinaria, el docente la tomará de acuerdo a su planificación anual y de modo de no afectar el normal desenvolvimiento de la actividad académica. El período de licencia no gozada no podrá ser acumulado con la licencia anual siguiente, debiendo gozarse hasta el 30 de noviembre de cada año; su comunicación deberá realizarse con cuarenta y cinco (45) días de anticipación.- En ningún caso se computarán como días a cuenta de licencia anual ordinaria el receso invernal, ni otro receso –distinto del receso estival anual- que pudiera establecer la autoridad universitaria.*

A continuación detallo la/s cátedra/s y clases que se encuentran involucradas en el período solicitado, y el/la docente que realizará el reemplazo:

| Cátedra | Día y Horario | Docente que realizará el reemplazo (\*) |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\*. En caso de no haber más integrantes en la cátedra, detalle la actividad con la que será recuperada la clase.

……………………………………

 Firma del Docente

………………………………………………………

Autorización Titular de la Cátedra o Director de carrera según corresponda