



FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE

R.M. N° 025 - 86 - ED

1° SOLICITO:

Permiso por motivos de Salud

INSTITUTO DE EDUCACIÓN SUPERIOR TECNOLÓGICO PÚBLICO

"MARCO"

Dirección General

2° DESTINATARIO

3° DATOS DEL USUARIO (APELLIDOS Y NOMBRES)

Valdez Aliaga Paola

4° PROGRAMA DE ESTUDIOS Y SEMESTRE

5° CARGO ACTUAL Y CENTRO DE TRABAJO

Docente. Cen

5.1. CELULAR

990770253

6° N° DE MATRÍCULA /CODIG.MOD)

7° DNI / OTROS

44795969

8° DOMICILIO DEL USUARIO (CALLE - DISTRITO - PROVINCIA - DPTO.)

Jr. Sebastián Lorente 177.

9° CORREO ELECTRONICO

10° FUNDAMENTO DEL PEDIDO:

Señor director pido permiso por el día de mañana ya que no tengo horas de clase y al retornar adjuntare mi ceto medica

11° ANEXOS:

12 FECHA:

21 / 05 / 26

FIRMA

INST. SUPERV. ASPECTO C.E.D. DTAL.	SEDE CENTRAL	PARA EL USUARIO (DESGLOSABLE)
N° : _____		N° : _____
EXPEDIENTE : _____		EXPEDIENTE : _____
FECHA : _____		FECHA : _____
FOLIOS : _____		FOLIOS : _____