



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dirección de Gestión y Desarrollo del Talento Humano

Avda. Mcal. López y Coronel Cazal - Campus Universitario
E-mail: dgth@fcmuna.edu.py
San Lorenzo - Paraguay



Solicitud de Permisos

Asunción, ____ de _____ de 2026

Señor/a

Jefe/a de Dpto. de Personal

DIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO.

Presente

El/La que suscribe _____ funcionario de ésta institución, en la cual se desempeña con funciones de _____ de la

Cátedra/Servicio/Dpto. _____. Me dirijo a Ud. Con el fin de solicitar el siguiente permiso:

OTROS CARGOS: _____ / _____ / _____

MARQUE LA OPCIÓN CORRESPONDIENTE:

PERMANENTE

CONTRATADO

- | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|---|-------------------------------------|--|---|---|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 01 MATERNIDAD | <input type="checkbox"/> 02 PATERNIDAD (14 Días corridos). | <input type="checkbox"/> 03 LACTANCIA (Especificar horario) | <input type="checkbox"/> 04 MATRIMONIO (5 Días hábiles). | <input type="checkbox"/> 05 ENFERMEDAD DEL FUNCIONARIO | <input type="checkbox"/> 06 ENFERMEDAD DEL CÓNYUGE, HIJOS, PADRES | <input type="checkbox"/> 07 FALLECIMIENTO | <input type="checkbox"/> 08 ESTUDIO | <input type="checkbox"/> 09 ATENDIBLES O DE FUERZA MAYOR | <input type="checkbox"/> 10 COMPENSACION DE HORAS EXTRAORDINARIAS | <input type="checkbox"/> 11 CON SUSTITUTOS Y/O REEMPLAZANTE | <input type="checkbox"/> 12 VACACIONES (Periodo _____) | <input type="checkbox"/> 13 INSALUBRIDAD (Periodo _____) | <input type="checkbox"/> 14 LICENCIA SINDICAL | |
| | | | | 8 DÍAS CORRIDOS | 2 DÍAS HÁBILES | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="radio"/> Padres | <input type="radio"/> Hermanos | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="radio"/> Cónyuges | <input type="radio"/> Abuelos | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="radio"/> Hijos | <input type="radio"/> Nietos | | | | | | | | | |
| | | | | | <input type="radio"/> Suegros | | | | | | | | | |
| | | | | | <input type="radio"/> Tíos | | | | | | | | | |

CANTIDAD DE DÍAS _____ (_____)

DESDE ____ / ____ / ____ HASTA ____ / ____ / ____ Horas desde ____ : ____ hasta ____ : ____

OBS.: _____

FIRMA REEMPLAZANTE CI: _____

FIRMA SOLICITANTE CI: _____

V° B° SUPERVISOR

V° B° JEFE

2º V° B° JEFE CARGO

3º V° B° JEFE CARGO

4º V° B° JEFE CARGO

DIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

ENTRADA N° _____ FECHA: ____ / ____ / ____ HORA: _____

RECIBIDO POR: _____

Verificado por:

Fecha: ____ / ____ / ____

PROCESADO POR: _____ FECHA: ____ / ____ / ____

OBSERVACIÓN: NINGUNA OTROS _____

AUTORIZADO POR: _____