David, Chiriquí, \_(día)\_\_ de \_\_(mes)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_(año)\_\_\_\_\_\_\_\_.

Titulo

**Nombre apellido**

Director (a)

Dirección General de Recursos Humanos

Universidad Autónoma de Chiriquí

Respetado (a) Director (a):

Por este medio yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Servidora pública de la Universidad Autónoma de Chiriquí, con cédula de identidad número: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que actualmente desempeño el puesto de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en la unidad académica o administrativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ solicito licencia por gravidez.

De acuerdo con el documento No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedido por la Caja del Seguro Social, cuya copia adjunto.

Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma de la Servidora Pública: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adjunto:

Certificado médico homologado

Copia de cédula de identidad personal