



Buenos Aires, _____

Al Decano de la

Facultad de Farmacia y Bioquímica

Dr. Pablo A. EVELSON

S/D

Tengo el agrado de dirigirme a usted a fin de solicitarle me autorice a usufructuar Licencia por Post maternidad encuadrada en el Convenio Colectivo de Docentes 990/2015 Art. 43 (inciso b) a partir del _____ hasta el _____ en un cargo de _____ en la Cátedra de _____ del Departamento de _____.

Saludo atentamente,

Legajo _____



Viamonte 444
Capital Federal, Argentina
Tel.: (054 11) 5285-5000
www.uba.ar