|  |
| --- |
| **PROFESOR/A TITULAR** |
| Yo, xxxxxxxxx, con documento de identificación No. xxxxxxxxx, profesor titular de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, perteneciente a la: Facultad / Extensión: Carrera: Manifiesto mi decisión voluntaria de modificar el régimen de dedicación para el período académico: 20XX-1 hasta (indicar fecha o detallar si es indefinido). Adjunto declaración del docente sobre su decisión de dedicación.Indicar el régimen de dedicación actualDEDICACIÓN ACTUAL: Indicar el régimen de dedicación actualDEDICACIÓN SOLICITADA: Puntualizar la razón por la que solicita la modificación del régimen de dedicación e indicar el período académico para el que aplica la solicitud.MOTIVO DE LA SOLICITUD: Fecha: Día/Mes/Año A partir de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ……………………………………SolicitanteNota. – La documentación debe ser entregada a Decano de Facultad para su revisión. |
| **DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DEL TALENTO HUMANO** |
| Yo, xxxxxxxxxxx, director/a del Departamento de Talento Humano /a de la Institución, cumplo en informar que el impacto económico que causaría este movimiento en la institución por modificación del régimen de dedicación es de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Se adjunta informe de impacto económico. Fecha: Día/Mes/Año………………………………………..Director Dpto. Talento Humano |
| **DIRECCIÓN FINANCIERA**CUANDO MODIFICACIÓN DEL RÉGIMEN DE DEDICACIÓN SEA SUPERIOR A LA ACTUAL |
| Yo, xxxxxxxxxxx, director/a Financiero/a de la Institución, certifico que:Disponibilidad económica para atender el pedido. Se adjunta certificación de disponibilidad presupuestaria. EXISTE: NO EXISTE: Fecha: Día/Mes/Año.…………………………………………..Director Financiero |
| **UNIDAD ACADÉMICA / EXTENSIÓN** |
| Certifico que la presente solicitud fue analizada y revisada por conocida en sesión xxxxxxxx de Consejo de Facultad/ Extensión, donde se resolvió:TRAMITAR: NO TRAMITAR: el pedido realizado. Se adjunta resolución.Detallar brevemente lo resuelto por el Consejo de Facultad.MOTIVO: Fecha: Día/Mes/Año…………………………………Decano |
| **CONSEJO** **ACADÉMICO** |
| Yo, xxxxxxx, presidente/a del Consejo Académico de la institución, atendiendo lo resuelto por el organismo, en sesión de: xxxxxxxxxxxxx, **la atención del pedido realizado. Se adjunta resolución.**AVALA: NO AVALA: Detallar brevemente lo resuelto por el Consejo Académico.MOTIVO: Fecha: Día/Mes/Año…………………………………………………Presidente de Consejo Académico |