**Formulario para ingreso a UDAS - Extensiones horarias**

|  |  |
| --- | --- |
| **UDA solicitante** |  |
|  |  |

1. **Datos personales**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres**:** |  |
| Apellidos: |  |
| Cédula de Identidad: |  |
| Correo electrónico: |  |
| Celular: |  |

1. **Datos de extensión solicitada**

***Cargo original*** Especificar cargo original donde se incluirá la extensión.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Facultad de Medicina |  | Si FMED: | Grado docente: | Nro. Cargo: |
| Carga horaria cargo original: |  |
| Participa con carga horaria en UDA: | Sí, especificar horas:  No |
|  |  |  |  |  |
| ASSE |  | Si ASSE: | Centro asistencial donde se desempeña: |  |
| Tipo de vínculo: | Presupuestado  Comisión de Apoyo de ASSE  Función de alta dedicación |
| Carga horaria cargo original: |  |
| Participa con carga horaria en UDA: | Sí, especificar horas:  No |

1. **Extensión UDA solicitada**

Horas de Extensión UDA sobre cargo original:

Fecha de inicio de actividades:

1. **Breve descripción de actividades y lugar para desempeñarlas:**
2. **Justificación u otros comentarios:**
3. **Datos del Responsable de UDA solicitante**

Nombre y apellido:

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Instructivo**

**Formulario** **para ingreso a UDAS - Extensiones horarias**

**1. Completar los campos a rellenar con los datos de:**

1. **Nombre de la UDA**
2. **Nombre, apellidos, documento, correo y teléfono celular del docente o profesional propuesto.**

**2. Si la extensión es sobre cargo de:**

1. **Facultad de Medicina, realice click en el cuadro y complete:**
2. **Grado: Asistente, Prof. Adjunto, Prof. Agregado**
3. **Cantidad de horas del cargo y cargo al que corresponde**
4. **SI participa con su cargo en una Uda, realice click en el cuadro y complete con cifras cuántas horas participan (si es la totalidad o en forma parcial)**
5. **De lo contrario si NO participa realice click en el cuadro correspondiente.**
6. **Si la extensión es sobre cargo de ASSE, realice click en el cuadro y complete:**
7. **Centro/s donde desarrolla la actividad.**
8. **Tipo de vínculo, realice click en el cuadro correspondiente.**
9. **Complete con cifras carga horaria del cargo original**
10. **Participa con su cargo en una Uda, complete con un click el que corresponda (SI o NO). En caso de SI, complete con cifras cuántas horas participan (si es la totalidad o en forma parcial)**

**3. Complete la cantidad de horas solicitadas de extensión y la fecha en la que podría comenzar a desempeñar la misma.**

**4. Presentar resumen de actividades a desarrollar y lugar en el que las realizará, las que serán complementadas en planilla de actividades anexa.**

**5. Espacio opcional para agregar comentarios o expandir en justificación.**

**6. Completar los datos del Responsable de la UDA y Firmar.**

**Enviar por correo electrónico en formato .pdf o .jpg**