**SOLICITUDE DE AUTORIZACIÓN DE PERMISOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SOLICITANTE | | | | | | | | |
| Nome e apelidos | |  | | | | | | |
| DNI | |  | | | | | | |
| Email | |  | | Ext. telefónica | | |  | |
| Departamento | |  | | | | | | |
| Centro | |  | | | | | | |
| Localiade | |  | | | | | | |
| MOTIVOS DA SOLICITUDE | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| No caso de ter asignada docencia debe xustificar como queda atendida. Senón ten asignada docencia debe indicalo. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| PERÍODO DE TEMPO POLO QUE SE SOLICITA | | | | | | | | |
| DENDE | | | | | ATA | | | |
| Día | Mes | | Ano | | Día | | Mes | Ano |
|  |  | |  | |  | |  |  |
| NO CASO DE SOLICITAR MAIS DUN PERÍODO | | | | | | | | |
| DENDE | | | | | ATA | | | |
| Día | Mes | | Ano | | Día | Mes | | Ano |
|  |  | |  | |  |  | |  |
| Santiago de Compostela/Lugo | | | | | |  | | |
| Sinatura do solicitante | | Visto e Prace do Investigador Principal | | | | Visto e prace do Director do Departamento | | |
|  | |  | | | |  | | |

Vista a solicitude do interesado, esta Vicerreitoría resolveu:

☐ Conceder o permiso solicitado

☐ Denegar o permiso solicitado por:

|  |  |
| --- | --- |
| Santiago de Compostela, |  |
| A Vicerreitora de Investigación e Innovación  Isabel Rodríguez-Moldes Rey | |