PHSU
PONCE HEALTH SCIENCES UNIVERSITY

Formato de Autorización para Viajes Personales
(Personal Travel Authorization Form)

Nombre: _____
(Name)

Program: _____

Ruta o Destino: _____
(Destination)

Medio de Transporte: Air
(Means of Transportation)

Fecha de Viaje: _____
(Date of Trip) (From)

Hasta: _____
(To)

Propósito del Viaje:
(Purpose of Trip)

_____

_____

Fecha de Primera Actividad Académica en Persona (Rotación, laboratorio, etc.)
(First In-Person Academic Activity Date) Al regreso (after retun)

_____

Solicitado por: _____ _____
(Requested by) Firma (Signature) Fecha (Date)

Solo para uso Oficial
(For official use only)

Notas:
(Notes)

_____

_____

___ Autorizado (Authorized) ___ No autorizado (Not authorized)

Autorizado por:_____ _____
(Authorized by) Firma (Signature) Fecha (Date)
(Program Dean/Director)