**FORMULARIO**

**JUSTIFICACIÓN DE INASISTENCIAS POR ACCIDENTES O ENFERMEDAD PROFESIONAL**

|  |
| --- |
| **REGIMEN DE LICENCIAS, JUSTIFICADAS Y FRANQUICIAS PARA EL PERSONAL MUNICIPAL – ART.78º - ORDENANZA Nº1368/86- E.O.E.M****IMPORTANTE****LLENAR CLARAMENTE LOS DATOS EN LOS RECUADROS****Cargo:****Agente:**  **Legajo Nro.:****CUIL:****Dependencia:** **SAN FERNANDO DEL VALLE DE CATAMARCA,** haga clic para escribir una fecha SOLICITO LA JUSTIFICACIÓN DE EL/LOS DIAS POR CAUSA DE ACCIDENTES O ENFERMEDAD PROVOCADOS EN EL HORARIO DE TRABAJO.**ATENTAMENTE. \_** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma responsable Firma agente |