**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 |