**FORMULARIO**

**ADICIONAL POR FUNCIÓN SANITARIA**

|  |
| --- |
| **ART.148º - ORDENANZA Nº1368/86- E.O.E.M****IMPORTANTE****LLENAR CLARAMENTE LOS DATOS EN LOS RECUADROS****DATOS DEL AGENTE****Apellidos y Nombres completos:  \_\_\_\_\_****Área Prestación de Servicio: \_\_\_\_\_\_****Legajo Nro.:     \_\_\_****DNI Nro.:   \_\_\_\_****Tipo de función:**Jefe de Departamento  Jefe de División  Jefe de Servicio  Jefe de Sección **SAN FERNANDO DEL VALLE DE CATAMARCA,** haga clic para escribir una fecha SOLICITO ADICIONAL POR ENCONTRARME PRESTANDO SERVICIO EN EL AGRUPAMIENTO SANITARIO ASISTENCIAL.**ATENTAMENTE. \_****NOTA**: Presentar junto con fotocopia de Recibo de Sueldo actual. |