**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. |