



FORMULARIO

ADICIONAL POR FUNCIÓN SANITARIA

ART.148° - ORDENANZA N°1368/86- E.O.E.M

IMPORTANTE

LLENAR CLARAMENTE LOS DATOS EN LOS RECUADROS

DATOS DEL AGENTE

Apellidos y Nombres completos: _____

Área Prestación de Servicio: _____

DNI Nro.: _____

Legajo 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. _

X

firma responsable

X

firma agente

NOTA: Presentar junto con fotocopia de Recibo de Sueldo actual.