



FORMULARIO

ADICIONAL POR TRABAJOS INSALUBRES O PELIGROSOS

ART.157º Y SUS MODIFICACIONES - ORDENANZA Nº1368/86- E.O.E.M

IMPORTANTE

LLENAR CLARAMENTE LOS DATOS EN LOS RECUADROS

DATOS DEL AGENTE

Apellidos y Nombres completos: \_\_\_\_\_

DNI Nro.: \_\_\_\_\_

Legajo Nro.: \_\_\_\_\_

Área Prestación de Servicio: \_\_\_\_\_

Dependencia: \_\_\_\_\_

SAN FERNANDO DEL VALLE DE CATAMARCA, haga clic para escribir una fecha

SOLICITO ADICIONAL POR ENFERMEDAD CONTRAIDA EN EL LUGAR DE TRABAJO COMO INSALUBRES O PELIGROSAS.

ATENTAMENTE. \_

X

\_\_\_\_\_  
firma responsable

X

\_\_\_\_\_  
firma agente

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