**FORMULARIO**

**ADICIONAL POR EXPERIENCIA OPERATIVA**

|  |
| --- |
| **ART.159º 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:  \_\_\_\_\_****Legajo Nro.:     \_\_\_****DNI Nro.:   \_\_\_\_****Área Prestación de Servicio: \_\_\_\_\_\_****Dependencia:   \_\_\_\_****Tipo de función:**Personal técnico  Personal auxiliar  Personal ayudante  **Antigüedad:** 2 años  7 años  12 años  más de 12 años **SAN FERNANDO DEL VALLE DE CATAMARCA,** haga clic para escribir una fecha SOLICITO ADICIONAL POR BRINDAR AÑOS DE SERVICIO EN EL AGRUPAMIENTO SANITARIO ASISTENCIAL.**ATENTAMENTE. \_****NOTA**: Presentar junto con fotocopia de Recibo de Sueldo actual. |