



FORMULARIO

ADICIONAL POR EXPERIENCIA OPERATIVA

ART.159° Y SUS MODIFICACIONES - ORDENANZA N°1368/86- 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: _____

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. _

X

firma responsable

X

firma agente

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