



Municipalidad de la Ciudad de San Fdo. Del Valle de Catamarca

FORMULARIO

SOLICITUD DE LICENCIA POR RAZONES DE SALUD.

ANVERSO

REGIMEN DE LICENCIAS, JUSTIFICACIONES DEL DOCENTE MUNICIPAL – LICENCIAS ESPECIALES POR RAZONES DE SALUD ART.14° - AFECCIONES O LESIONES DE CORTO O LARGO TRATAMIENTO ART. 15°; ART.16°; ART.17°

IMPORTANTE

LLENAR CLARAMENTE LOS DATOS EN LOS RECUADROS

Apellidos y Nombres: _____

Legajo Nro.: _____

CUIL: _____

Cargo: _____

Con gozo de haberes:

Sin gozo de haberes:

Afecciones o lesiones de corto tratamiento:

Afecciones o lesiones de largo tratamiento:

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

SOLICITO LA JUSTIFICACIÓN DE EL/LOS DIAS _____ POR ENCONTRARME CON AFECCIONES O LESIONES QUE REQUIEREN TRATAMIENTO DE CORTO O LARGO PLAZO.

ATENTAMENTE. _

X

firma responsable

X

firma agente



Municipalidad de la Ciudad de San Fdo. Del Valle de Catamarca

REVERSO

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

Apellidos y Nombres completos: _____

Legajo Nro.: _____

Área Prestación de Servicio: _____

EL AGENTE REGISTRA LAS SIGUIENTES INASISTENCIAS POR ESTE CONCEPTO EN EL AÑO EN CURSO.

JUSTIFICADAS CON GOCE DE HABERES

JUSTIFICADAS SIN GOCE DE HABERES

NO JUSTIFICADAS

DIAS: _____

DIAS: _____

DIAS: : _____

MES: Ingrese mes

MES: Ingrese mes

MES: Ingrese mes

AÑO: _____

AÑO: _____

AÑO: _____

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

X

firma responsable

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

SUPERIOR INMEDIATO: _____

VISTO, PROCEDASE A:

JUSTIFICAR CON GOCE DE HABERES

JUSTIFICAR SIN GOCE DE HABERES

NO JUSTIFICAR LAS FALTAS

X

firma responsable