



FORMULARIO

SOLICITUD DE LICENCIA POR RAZONES DE SALUD.

ANVERSO

REGIMEN DE LICENCIAS, JUSTIFICACIONES DEL DOCENTE MUNICIPAL – LICENCIAS ESPECIALES POR RAZONES DE SALUD ART.13° - INCAPACIDAD ART.21° CAMBIOS DE FUNCIONES ART.23°-VIOLENCIA DE GENERO ART.24°

IMPORTANTE

LLENAR CLARAMENTE LOS DATOS EN LOS RECUADROS

Apellidos y Nombres: _____

Legajo Nro.: _____

CUIL: _____

Cargo: _____

Incapacidad:

Cambio de funciones permanentes:

Violencia de género:

Cambio de funciones temporales

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

SOLICITO LA JUSTIFICACIÓN DE EL/LOS DIAS _____POR ENCONTRARME CON INCAPACIDAD LABORAL.

ATENTAMENTE. _

X

firma responsable

X

firma agente



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 <input type="checkbox"/>	JUSTIFICAR SIN GOCE DE HABERES <input type="checkbox"/>	NO JUSTIFICAR LAS FALTAS <input type="checkbox"/>
--	--	--

X

firma responsable