



FORMULARIO DE JUSTIFICACIÓN DE LICENCIA POR ENFERMEDAD

Municipalidad de Salzacate

DATOS PERSONALES AGENTE

APELLIDO Y NOMBRE: _____ DNI N°: _____

CALLE: _____ N°: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

PEDIDO DE JUSTIFICACIÓN DESDE: ___/___/___ HASTA: ___/___/___ FECHA DE SOLICITUD DE CARPETA MÉDICA: ___/___/___

SOLICITUD DE CARPETA MÉDICA PROPIA

SOLICITUD DE CARPETA MÉDICA PARA FAMILIAR A CARGO

NOMBRE DEL MEDICO: _____ M.P: _____

SE ENCUENTRA INTERNADO: SI NO

MOTIVO DE AUSENCIA:

FIRMA DEL EMPLEADO

DATOS DE LA SECTORIAL DEPENDENCIA

SOLICITADO POR EL AGENTE FECHA ___/___/___

ESTABLECIMIENTO DONDE PRESTA SERVICIOS: _____

CARGO: _____ ANTIGÜEDAD: _____

PERIODO DE INASISTENCIA DESDE: ___/___/___ HASTA: ___/___/___

SITUACIÓN DE REVISTA

PERMANENTE CONTRATADO OTRO: _____

FIRMA DEL INTENDENTE