

PARTE DE LICENCIAS

INFORMACION A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO

CUE: Nombre del Establecimiento:

DNI: Apellido y Nombre: Nro. de Legajo:

Plazas Afectadas:(todas las que sean del Establecimiento)

IDPLAZA 1	<input type="text"/>	TURNO	<input type="text"/>	CURSO/DIV	<input type="text"/>	IDPLAZA 9	<input type="text"/>	TURNO	<input type="text"/>	CURSO/DIV	<input type="text"/>
IDPLAZA 2	<input type="text"/>	TURNO	<input type="text"/>	CURSO/DIV	<input type="text"/>	IDPLAZA 10	<input type="text"/>	TURNO	<input type="text"/>	CURSO/DIV	<input type="text"/>
IDPLAZA 3	<input type="text"/>	TURNO	<input type="text"/>	CURSO/DIV	<input type="text"/>	IDPLAZA 11	<input type="text"/>	TURNO	<input type="text"/>	CURSO/DIV	<input type="text"/>
IDPLAZA 4	<input type="text"/>	TURNO	<input type="text"/>	CURSO/DIV	<input type="text"/>	IDPLAZA 12	<input type="text"/>	TURNO	<input type="text"/>	CURSO/DIV	<input type="text"/>
IDPLAZA 5	<input type="text"/>	TURNO	<input type="text"/>	CURSO/DIV	<input type="text"/>	IDPLAZA 13	<input type="text"/>	TURNO	<input type="text"/>	CURSO/DIV	<input type="text"/>
IDPLAZA 6	<input type="text"/>	TURNO	<input type="text"/>	CURSO/DIV	<input type="text"/>	IDPLAZA 14	<input type="text"/>	TURNO	<input type="text"/>	CURSO/DIV	<input type="text"/>
IDPLAZA 7	<input type="text"/>	TURNO	<input type="text"/>	CURSO/DIV	<input type="text"/>	IDPLAZA 15	<input type="text"/>	TURNO	<input type="text"/>	CURSO/DIV	<input type="text"/>
IDPLAZA 8	<input type="text"/>	TURNO	<input type="text"/>	CURSO/DIV	<input type="text"/>	IDPLAZA 16	<input type="text"/>	TURNO	<input type="text"/>	CURSO/DIV	<input type="text"/>

INICIO/ FIN DE LICENCIA/ INASIST.	FECHA DE RECEPCION	CANTIDAD DE OBLIGACIONES A CUMPLIR
Fecha de inicio: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Fecha de fin: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Código: <input type="text"/> Art.: <input type="text"/>	Fecha de Recepción de la documentación en el establecimiento (Firma y sello del Director)	Lunes: <input type="text"/> horas Martes: <input type="text"/> horas Miércoles: <input type="text"/> horas Jueves: <input type="text"/> horas Viernes: <input type="text"/> horas
Conformidad del Agente		La cantidad de obligaciones a cumplir deben ser detalladas en TODOS los casos

INFORMACION A LLENAR POR DIVISIÓN LICENCIAS

Las siguientes observaciones implican **inasistencias injustificadas**

- Documentación presentada fuera de termino (Dcto 505/14 Art 54 Inc. b): Fecha de presentación ___/___/___
- El certificado no corresponde al centro asistencial más cercano al domicilio del agente (Dcto 1543/1 Art 3 Inc. b):
 Centro Asistencial _____
 Domicilio _____
- Falta sello del centro asistencial (Dcto 1543/1 Art 3 Inc. b)
- Sin código de inasistencia de SESOP (Dcto 1543/1 Art 3 Inc. a): Día de comienzo del certificado ___/___/___, Cantidad de días___ Día de solicitud del código ___/___/___, Cantidad de días___
- Documentación presuntamente adulterada. Campo presuntamente adulterado: _____
- Otros: _____

Para constancia de lo antes observado firma el responsable de la presentación de las licencias del establecimiento

Firma del responsable del establecimiento

Aclaración del responsable del establecimiento

Fecha / Firma y Sello Licencias	Observaciones:
---------------------------------	----------------