**FECHA DE SOLICITUD** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE:**  **C.I. N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CARGO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DEPENDENCIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **VINCULO LABORAL: NOMBRADO CONTRATADO COMISIONADO DE OTRA INSTITUCION** |

|  |
| --- |
| **MARQUE LA OPCION CORRESPONDIENTE (no se aceptan formularios con tachaduras o enmiendas)**  **SOLICITAR PERMISO POR: JUSTIFICAR PERMISO POR:**  **ENFERMEDAD: DEL\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **PAP-MAMOGRAFIA (Ley N° 3803/09): DEL\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **EXAMENES DE PROSTATA O COLON ((Ley N° 6280/19): DEL\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **PARTICULAR: DEL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **MATRIMONIO (Adjuntar constancia): DEL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **PATRIA POTESTAD (Adjuntar constancia): DEL\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **por salud escolaridad**  **EXAMEN (Adjuntar constancia): DEL\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **DUELO DEL\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ por fallecimiento de:**  **Padre Cónyuge**  **Madre Abuelo/a**  **Hijo/a Hermano/a**  **INTERRUPCION DEL EMBARAZO (Adjuntar constancia médica)**  **COMISION (Adjuntar Orden de trabajo) DEL\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **LLEGADA TARDIA (07:16 A 08:00hs) DEL\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **SALIDA ANTICIPADA (12:00 A 13:00hs) DEL\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **NO MARCACION Entrada Salida DEL\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **OBS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERMISOS POR LEY N° 5508/15**  **MATERNIDAD DEL\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **PATERNIDAD \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **LACTANCIA:**   |  |  | | --- | --- | | **LACTANCIA (1 HIJO/A) PRIMERA VEZ**  **DEL\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_**  **AL \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **Entrada Salida**  **HORARIO:…..:.…...** | **LACTANCIA MULTIPLE PRIMERA VEZ**  **DEL\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_**  **AL \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **Entrada Salida**  **HORARIO:…..:.…...** | | **EXTENSION DELACTANCIA (1 HIJO/A)**  **DEL\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_**  **AL \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **Entrada Salida**  **HORARIO:…..:.…...** | **EXTENSION DE LACTANCIA MULTIPLE**  **DEL\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_**  **AL \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **Entrada Salida**  **HORARIO:…..:.…...** | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del Solicitante Firma del autorizante**

|  |  |
| --- | --- |
| **DIRECCION DE GESTION DEL TALENTO HUMANO** | |
| **RECIBIDO**  **POR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FECHA: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_** | **CONFIRMADO**  **POR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FECHA: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_** |
| **TENGASE POR JUSTIFICADO LOS DIAS:** | |