**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:** |