



LICENCIA EXTRAORDINARIA PARA PROTECCION DE AGENTES VICTIMA DE VIOLENCIA DOMESTICA

REGLAMENTADA POR ORDENANZA Nº 4813/16.

REGISTRAR FECHA Y Nº DE EXPEDIENTE

[Empty dashed box for registration of date and file number]

SOLICITANTE

APELLIDO Y NOMBRE: _____ AFILIADO Nº: _____

CUIL Nº: _____ DOMICILIO DE RESIDENCIA ACTUAL: _____

REPARTICION DE DEPENDENCIA PRESUPUESTARIA: _____

REPARTICION CON PRESTACION DE SERVICIOS: _____

DOMICILIO LABORAL: _____ TELEFONO de CONTACTO: _____

Declaro conocer que el **Beneficio** consiste en:

Goce de la licencia por un plazo de cinco (5) días hábiles corridos o discontinuos por única vez en el año (de acuerdo a lo estipulado por la Ord. Nº 4813/16)

Y que los **Requisitos Legales** son:

- 1) Condición de Agente Municipal (cualquiera sea su régimen de contratación, incluido el personal docente municipal)
- 2) Haber presentado denuncia efectuada ante la **Oficina de Violencia Doméstica de la Suprema Corte de Justicia de Tucumán**
- 3) Que el beneficio de la presente licencia debe solicitarse dentro de las 72 hs de presentada la denuncia en la **OVD** por el interesado o por interposita persona.

Observaciones:

- a) Que el pedido en sí, faculta a la DRH a derivar a la víctima al Centro Mpal. de Violencia, Mujer y DDHH dependiente de la Dirección de Familia y Desarrollo Comunitario
- b) En caso de requerir más días por razones de salud, deberá hacer uso de las restantes licencias previstas en el Dcto. Nº 337/SEH/77.

Indicar fecha de **INICIO** de la Licencia solicitada:...../...../.....

[Signature box for the Agent/Applicant with label 'Firma del Agente/Solicitante']

OFICINA DE MESA DE ENTRADA

San Miguel de Tucumán,.....de 20....

Pase a informe de la Oficina de Personal.

San Miguel de Tucumán,.....de 20....

OFICINA DE PERSONAL

Visto la solicitud efectuada por el / la Agente, esta Oficina de Personal informa que se tomo conocimiento de la misma. Corresponde el Pase a conocimiento del Director de la Repartición mediante novedad diaria del Departamento Medicina Laboral.

Cumplido, resérvese en el Departamento Medicina Laboral.

[Signature box for the Office of Personnel with label 'Encargada de Personal. Firma y Sello']