



LICENCIA Y ASIGNACION ESPECIAL P/HIJO/CONYUGE DISCAPACITADO

ORDENANZA Nº 3269/02 . LEY Nº 5806/86

REGISTRAR FECHA Y Nº DE EXPEDIENTE

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: _____

POR TRATAMIENTO DE: HIJO [APELLIDO Y NOMBRE] _____

CONYUGE [APELLIDO Y NOMBRE] _____

LICENCIA Y ASIGNACION ESPECIAL: C/GOCE DE HABERES S/GOCE DE HABERES AGOTADA LA LICENCIA C/GOCE DE HABERES SE OTORGA HASTA 60 DIAS P/TRATAMIENTO DENTRO DE LA PROVINCIA O 120 DIAS POR TRATAMIENTO FUERA DE LA PROVINCIA

A PARTIR DE / / 20.... , Y HASTA EL / / 20....

INDICAR LICENCIA POR TRATAMIENTO SOLICITADA

ORDENANZA 3269/02 (DE APLICACIÓN AL PERSONAL DE TODAS LAS REPARTICIONES EXCEPTO DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN)

ART. 2º INC. A) Y 3º INC. A): DE 30 A 90 DÍAS POR TRATAMIENTO DENTRO DE LA PROVINCIA.

ART. 2º INC. B) Y 3º INC. B): DE 30 A 180 DÍAS POR TRATAMIENTO FUERA DE LA PROVINCIA.

ART. 9º DE 30 A 180 DÍAS (POR HIJO MENOR DE 16 AÑOS CON DISCAPACIDAD PERMANENTE O MAYOR DE 16 AÑOS CON DISCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA TRATAMIENTO DENTRO O FUERA DE LA PROVINCIA)

LEY Nº 5806/86 (DE APLICACIÓN AL PERSONAL DE LA DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN)

ART. 1º INC. A) Y 2º INC. A): 90 DÍAS POR TRATAMIENTO DENTRO DE LA PROVINCIA.

ART. 1º INC. B) Y 2º INC. B): 180 DÍAS POR TRATAMIENTO FUERA DE LA PROVINCIA.

SE ADJUNTAN LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- 1] DNI HIJO / CONYUGE (COPIA) . 2] ACTA DE NACIMIENTO / MATRIMONIO (ORIGINAL U COPIA AUTENTICADA) . 3] CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD (COPIA AUTENTICADA). 4] CERTIFICADO/S MÉDICO INDICANDO: A) QUE EL PACIENTE REQUIERE TRATAMIENTO: DENTRO, O FUERA DE LA PROVINCIA CON DERIVACIÓN. B) JUSTIFICACIÓN QUE EL TRATAMIENTO REQUIERE ATENCIÓN PERSONAL Y PERMANENTE DEL AGENTE. C) TIPO DE TRATAMIENTO : DIAGNÓSTICO, QUIRÚRGICO, REHABILITACIÓN O INTEGRAL

Me Notifico dejando expresa constancia:

Que una vez concluida la Licencia deben presentarse ante el **Departamento Medicina Laboral** de Dirección de Recursos Humanos, los **certificados** de todos los tratamientos realizados, con el fin de **cumplimentar lo establecido en la normativa** vigente y para que pueda emitirse la constancia de conclusión del trámite desde RRHH.

Firma del Agente/Solicitante

[**IMPORTANTE:** ES INDISPENSABLE PARA SU TRAMITACION, CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD CON TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS . RRHH]

OFICINA DE MESA DE ENTRADA

San Miguel de Tucumán,.....de 20....

Pase a informe de la Oficina de Personal.

OFICINA DE PERSONAL

Visto la solicitud efectuada por el / la Agente, esta Oficina de Personal informa que se tomo conocimiento de la misma, procediendo primeramente a verificar si el Solicitante hizo uso de este beneficio con anterioridad, para luego registrar en el parte de novedades la licencia solicitada con el código D14 (C/G/S) / D16 (S/G/S).

Con lo informado, pase a conocimiento del Director de la Repartición. Cumplido, remitir a la Dirección de Recursos Humanos para su aprobación, indicando **TRAMITE URGENTE**.

San Miguel de Tucumán,.....de 20....

Observaciones:

Encargada de Personal. Firma y Sello