



PAGO ADICIONAL POR TITULO / IDONEIDAD

ORD. N° 3537/04 . DTO. N° 204/91 . DTO. N° 143/79 . DTO N° 82/77

REGISTRAR FECHA Y N° DE EXPEDIENTE

[Empty dashed box for registration date and file number]

SOLICITANTE

APELLIDO Y NOMBRE: _____ AFILIADO N°: _____

CUIL N°: _____ DOMICILIO DE RESIDENCIA ACTUAL: _____

REPARTICION DE DEPENDENCIA PRESUPUESTARIA: _____

REPARTICION CON PRESTACION DE SERVICIOS: _____

DOMICILIO LABORAL: _____ TELEFONO PARTICULAR: _____

INDICAR GRADO DE ESCOLARIDAD Y TITULO DEL MAYOR NIVEL ALCANZADO

NIVEL DE ESTUDIOS	TITULO	ESTABLECIMIENTO NOMBRE - DOMICILIO - LOCALIDAD	DURACION
SECUNDARIO		NOMBRE - DOMICILIO - LOCALIDAD	
TERCIARIO		NOMBRE - DOMICILIO - LOCALIDAD	
UNIVERSITARIO		NOMBRE - DOMICILIO - LOCALIDAD	

OBSERVACIONES:

[Empty dashed box for observations]

NIVEL DE CAPACITACION	ESPECIFICAR FUNCION QUE DESEMPEÑA CONFORME AL NIVEL DE CAPACITACION ADQUIRIDA
IDONEIDAD	_____ _____ _____

REQUISITOS OBLIGATORIOS PARA CADA TITULO / IDONEIDAD:

SECUNDARIO: 1) FORMULARIO N° 17 POR DUPLICADO.- 2) COPIA AUTENTICADA DEL DIPLOMA POR EL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO O, CERTIFICADO ANALÍTICO AUTENTICADO POR MINISTERIO DE EDUCACIÓN.-

TERCIARIO: 1) FORMULARIO N° 17 POR DUPLICADO.- 2) COPIA AUTENTICADA DEL DIPLOMA POR LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EMISORA.- 3) COPIA SIMPLE DEL DIPLOMA.-

UNIVERSITARIO: 1) FORMULARIO N° 17 POR DUPLICADO.- 2) COPIA AUTENTICADA DEL DIPLOMA POR EL RECTORADO.- 3) COPIA SIMPLE DIPLOMA.-

IDONEIDAD: 1) FORMULARIO N° 17 POR DUPLICADO.- 2) CERTIFICADO DE IDONEIDAD, CON ESPECIFICACIÓN DE LA FUNCIÓN QUE DESEMPEÑA EL AGENTE CONFORME A SU NIVEL DE CAPACITACIÓN, EXPEDIDO Y FIRMADO POR EL DIRECTO/A A CARGO DE LA REPARTICIÓN DEL AGENTE SOLICITANTE.-

ACLARACIÓN: ACOMPAÑAR IMAGEN DEL CÓDIGO QR EN TODOS LOS CASOS QUE EL TITULO LO CONTENGA A LOS FINES DE LA ABREVIACIÓN DEL TRÁMITE.

DECLARACIÓN JURADA: EL PRESENTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA Y CUALQUIER FALSEDAD U OMISIÓN DE ALGUNO DE LOS DATOS SERÁ PASIBLE DE LAS SANCIONES PREVISTAS EN LA LEGISLACIÓN VIGENTE.

[Signature box for the Agent/Applicant]

Firma del Agente/Solicitante

DEPARTAMENTO/SECCION ADMINISTRATIVA
SECCION/OFICINA MESA DE ENTRADA

San Miguel de Tucumán, de de 20....

Pase a informe de la Oficina de Personal.

OFICINA DE PERSONAL

San Miguel de Tucumán,.....de 20....

Visto la solicitud efectuada por el / la Agente, y habiéndose cumplido con todos los requisitos solicitados y habiendo adjuntado la documentación pertinente, esta Oficina de Personal informa que se tomo conocimiento de la misma. Corresponde pase a conocimiento del Director de la Repartición.

Cumplido, remitir a la Dirección de Recursos Humanos para su aprobación.

Encargada de Personal. Firma y Sello