



REDUCCION HORARIA p/ATENCION HIJO/CONYUGE DISCAPACITADO

ORDENANZA Nº 3269/02

REGISTRAR FECHA Y Nº DE EXPEDIENTE

[Empty dashed box for registration 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: _____

BENEFICIO DE REDUCCION HORARIA ESTABLECIDO EN EL ART. 4º DE LA ORDENANZA Nº 3269/02, PARA ATENCION A:

HIJO [APELLIDO Y NOMBRE] _____

CONYUGE [APELLIDO Y NOMBRE] _____

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

Se adjunta:

- 1) CERTIFICADO MEDICO con las siguiente indicaciones: a) Mención del tipo de incapacidad b) Requerimiento de atención personal del solicitante.
- *2) CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD o Turno Junta Médica. *3) DNI. Nº
- *4) ACTA DE NACIMIENTO/MATRIMONIO (*Copias autenticadas)

[Box for signature of the Agent/Applicant]
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.

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, procediendo registrar en el parte de novedades la licencia solicitada con el código D20.

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:

[Box for signature and stamp of the Personnel Office]
Encargada de Personal. Firma y Sello