



### JUSTIFICACION DE INASISTENCIAS

MESES DE ENERO A NOVIEMBRE . MES DE DICIEMBRE

REGISTRAR FECHA Y N° DE EXPEDIENTE

IMPORTANTE: EL FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD  
[CON EXCEPCION DE \*1] POR EL TITULAR O PERSONA AUTORIZADA POR EL MISMO,  
SIN OMITIR NINGUN DATO, A FIN DE DAR CURSO AL TRAMITE SOLICITADO.

#### SOLICITANTE

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_ AFILIADO N°: \_\_\_\_\_

CUIL N°: \_\_\_\_\_ DOMICILIO DE RESIDENCIA ACTUAL: \_\_\_\_\_

REPARTICION DE DEPENDENCIA PRESUPUESTARIA: \_\_\_\_\_

REPARTICION CON PRESTACION DE SERVICIOS: \_\_\_\_\_

DOMICILIO LABORAL: \_\_\_\_\_ TELEFONO de CONTACTO \_\_\_\_\_

#### OBSERVACIONES

LICENCIA SOLICITADA POR: \*1] TELEFONO  \*2] PERSONA AUTORIZADA POR EL TITULAR

\*2] APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_ D.N.I.N°: \_\_\_\_\_

FIRMA: PERSONA AUTORIZADA

#### INASISTENCIA/S INCURRIDA/S

FECHA/S DEL EVENTO [DIAS Y MES]: \_\_\_\_\_

#### INASISTENCIA/S . CATEGORIAS Y CAUSAS

[S/INSTRUMENTOS LEGALES VIGENTES: DECRETOS N°: 337/EH/77 - 159/G/84 - 160/G/84 . DICTAMENES N°: 12711/FM/02 - 13908/FM/02 ]

#### A - CON GOCE DE HABERES

**A1  
SIN PRESENTISMO**

- 1] FALLECIMIENTOS: CONYUGE (4 DIAS)  PADRES (4 DIAS)  HIJOS (4 DIAS)   
ABUELOS (2 DIAS)  NIETOS (2 DIAS)  HERMANOS (2 DIAS)  SUEGROS (2 DIAS)
- 2] DONACION DE SANGRE: (1 DIA)
- 3] INTEGRACION DE MESAS EXAMINADORAS: (6 DIAS ANUALES)
- 4] CAMBIO DE DOMICILIO: (1 DIA)

**A2  
CON PRESENTISMO**

- 1] RAZONES PARTICULARES . A CARGO DE LA LICENCIA ANUAL . (1 DIA POR MES CALENDARIO SEGUN PROPORCION)
- 2] ASISTENCIA A FAMILIAR ENFERMO CONVIVIENTE . A CARGO DE LA LICENCIA ANUAL . (1 DIA O MAS POR MES CALENDARIO S/P\*) INDICAR GRADO DE PARENTEZCO:.....
- 3] RAZONES DE FUERZA MAYOR: A) PAROS DE TRANSPORTE (PUBLICO CONOCIMIENTO)  
B) INCLEMENCIAS CLIMATICAS

\*A2 2)CORRESPONDE ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA

#### B - SIN GOCE DE HABERES

- A) DILIGENCIAS . JUDICIALES / POLICIALES / BANCARIAS / ANTE OFICINAS PÚBLICAS / ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS
- B) JUSTIFICACIÓN DE DÍAS POR RAZONES PARTICULARES

Firma del Agente/Solicitante

DEPARTAMENTO/SECCION ADMINISTRATIVA  
SECCION/OFICINA MESA DE ENTRADAS

San Miguel de Tucumán, .....de .....de 20....

Pase a informe del Encargado de Personal.

SECCION/OFICINA DE PERSONAL

San Miguel de Tucumán, .....de .....de 20....

Visto la Solicitud efectuada por el/la Agente:

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_ AFILIADO N°: \_\_\_\_\_  
AGRUPAMIENTO: \_\_\_\_\_ CATEGORIA: \_\_\_\_\_ REPART. DE DEPENDENCIA PRESUPUESTARIA: \_\_\_\_\_  
REPART. CON PRESTACION DE SERVICIOS: \_\_\_\_\_

se informa que: 1) FALTO **CON AVISO**  FALTO **SIN AVISO** , 2) La Solicitud de Justificación **A CARGO DE DE LA LICENCIA** por RAZONES PARTICULARES  ASISTENCIA A FAMILIAR ENFERMO  es temporánea tal como surge del sello de Mesa de Entrada a fs.1, 3) El Agente **NO HIZO USO** del **BENEFICIO** durante el corriente mes ..... de 20..., tal como surge de los registros de datos, obrantes en esta Sección/Oficina de Personal. En consecuencia, y conforme a lo establecido, se procedió a registrar la disminución de ..... días de la Licencia Anual 20..., resultando un total de ..... días.

Con lo informado, pase a conocimiento del Director de la Repartición.  
Cumplido, remitir a la Dirección de Recursos Humanos para su aprobación y continuidad del tramite

Encargada de Personal. Firma y Sello