



Hospital Infantil Municipal



Córdoba..... de 20....

INFORME DE HORARIO EXTRAORDINARIO

Apellido y nombre.....
.....

DNI..... Cargo.....

DÍAS TRABAJADOS: (marcar con una X en el circulo)

- FECHA...../...../..... DESDE..... HASTA..... TOTAL.....HS
 - FECHA...../...../..... DESDE..... HASTA..... TOTAL.....HS
 - FECHA...../...../..... DESDE..... HASTA..... TOTAL.....HS
 - FECHA...../...../..... DESDE..... HASTA..... TOTAL.....HS
 - FECHA...../...../..... DESDE..... HASTA..... TOTAL.....HS
 - FECHA...../...../..... DESDE..... HASTA..... TOTAL.....HS
 - FECHA...../...../..... DESDE..... HASTA..... TOTAL.....HS
- TOTAL DE HORAS EXTRAORDINARIAS**.....

SERVICIO..... TAREA REALIZADA.....

MOTIVOS

- FALTA DE PERSONAL
- INCREMENTO EN LA DEMANDA
- EXCESO EN LA CARGA HORARIA
- OTRAS.....



.....
Firma del Agente

.....
Firma del responsable

Lalalleja 3050 B° Alta Córdoba – Teléfono 4708800 – Int 5038, 5039
Oficina de Personal



Hospital Infantil Municipal



Córdoba..... de 20....

INFORME DE HORARIO EXTRAORDINARIO

Apellido y nombre.....
.....

DNI..... Cargo.....

DÍAS TRABAJADOS: (marcar con una X en el circulo)

- FECHA...../...../..... DESDE..... HASTA..... TOTAL.....HS
 - FECHA...../...../..... DESDE..... HASTA..... TOTAL.....HS
 - FECHA...../...../..... DESDE..... HASTA..... TOTAL.....HS
 - FECHA...../...../..... DESDE..... HASTA..... TOTAL.....HS
 - FECHA...../...../..... DESDE..... HASTA..... TOTAL.....HS
 - FECHA...../...../..... DESDE..... HASTA..... TOTAL.....HS
 - FECHA...../...../..... DESDE..... HASTA..... TOTAL.....HS
- TOTAL DE HORAS EXTRAORDINARIAS**.....

SERVICIO..... TAREA REALIZADA.....

MOTIVOS

- FALTA DE PERSONAL
- INCREMENTO EN LA DEMANDA
- EXCESO EN LA CARGA HORARIA
- OTRAS.....



.....
Firma del Agente

.....
Firma del responsable

Lalalleja 3050 B° Alta Córdoba – Teléfono 4708800 – Int 5038, 5039
Oficina de Personal