



Hospital Infantil Municipal



Municipalidad de Córdoba

Córdoba..... de 20.....

SOLICITUD DE LICENCIA POR CAPACITACIÓN

Al sr/a encargado/a del servicio

.....
S _____ / _____ D

Quien suscribe..... D.N.I. N°
.....; Cargo..... Tiene el agrado de dirigirse
a usted con la finalidad de solicitar LICENCIA POR CAPACITACIÓN desde
...../...../....., hasta/...../....., inclusive para asistir al

.....
A realizarse los días..... comprometiéndose a
presentar la documentación que acredite la concurrencia. Saluda a Ud./s atentamente.

.....
Firma del Agente

VISTO lo solicitado esta jefatura comunica que **SI / NO** se mantiene la normal presentación
del servicio de Córdoba De del año

.....
Firma del Jefe

Esta oficina de Personal informa que el agente solicitante registra la cantidad de
días de Licencia por Capacitacion en el corriente mes y de días en el corriente año.

Dirección del hospital infantil Firma del Encargado de Personal

Atento a lo solicitado precedentemente, esta dirección otorga el visto bueno considerándose
que la capacitación solicitada no afecta al servicio y que redundara en la prestación de un
mejor servicio. ELEVESE a la secretaria de salud. .

.....
Firma del responsable

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



Hospital Infantil Municipal



Municipalidad de Córdoba

Córdoba..... de 20.....

SOLICITUD DE LICENCIA POR CAPACITACIÓN

Al sr/a encargado/a del servicio

.....
S _____ / _____ D

Quien suscribe..... D.N.I. N°
.....; Cargo..... Tiene el agrado de dirigirse
a usted con la finalidad de solicitar LICENCIA POR CAPACITACIÓN desde
...../...../....., hasta/...../....., inclusive para asistir al

.....
A realizarse los días..... comprometiéndose a
presentar la documentación que acredite la concurrencia. Saluda a Ud./s atentamente.

.....
Firma del Agente

VISTO lo solicitado esta jefatura comunica que **SI / NO** se mantiene la normal presentación
del servicio de Córdoba De del año

.....
Firma del Jefe

Esta oficina de Personal informa que el agente solicitante registra la cantidad de
días de Licencia por Capacitacion en el corriente mes y de días en el corriente año.

Dirección del hospital infantil Firma del Encargado de Personal

Atento a lo solicitado precedentemente, esta dirección otorga el visto bueno considerándose
que la capacitación solicitada no afecta al servicio y que redundara en la prestación de un
mejor servicio. ELEVESE a la secretaria de salud. .

.....
Firma del responsable

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