MUNICIPALIDAD
CIUDAD DE CÓRDOBA

Dirección Hospital de Urgencias
Oficina de Personal
Internos 4165 - 4166 - 4167
Catamarca 441 - Córdoba
Tel: 0351 4276200
www.cordoba.gov.ar

JUSTIFICADA POR FUERZA MAYOR PARO DE TRANSPORTE

Córdoba, ____ de _____ de 2022

Al Sr. Director de
Hospital de Urgencias
S / D

Quien suscribe, _____

DNI N° _____ , Cargo _____ , con domicilio como sigue:

Calle: _____ Nro.: _____

Barrio: _____

Ciudad: Córdoba

A _____ cuadras de mi lugar de trabajo.

Se dirige a Ud. en ocasión de producirse **PARO DE TRANSPORTE** de la empresa _____ el día _____ / _____ / 2022 afectado a mi lugar de trabajo.

Por ello solicito se me autorice a _____, _____ minutos _____ a mi horario laboral, tal como lo establece la Ord. N° 7244.

Atentamente.

_____
Firma del Agente

_____
V° B° del Jefe de Servicio

_____
V° B° de la Oficina de Personal

_____
V° B° de la Dirección