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

SOLICITUD DE LICENCIA POR CAPACITACIÓN

Córdoba, _____ de _____ de _____

Al Sr. Jefe de Servicio

_____

S _____ / _____ D

Quien suscribe _____

DNI N° _____ , cargo _____ , se dirige a Ud. a los fines de solicitar **LICENCIA POR CAPACITACIÓN** los DÍAS comprendidos entre el _____ / _____/_____ y _____/_____ / _____ inclusive, para asistir a _____

_____ a realizarse los días que se detallan en programa adjunto.

A realizarse en la Ciudad de _____, Argentina, comprometiéndome a presentar la documentación que acredite la concurrencia.

Atentamente,

_____
Firma del Agente

Córdoba, _____ / _____/_____.

Visto lo solicitado, esta Jefatura comunica que _____ se mantiene la normal prestación del servicio.

_____
Firma del Jefe de Servicio

Esta oficina de personal informa que el agente solicitante registra la cantidad de _____ días de Licencia por Capacitación en el presente año.

Córdoba, _____ / _____/_____.

_____
Firma Oficina de Personal

DIRECCION HOSPITAL DE URGENCIAS

Atento a lo solicitado precedentemente, esta Dirección, otorga el Visto Bueno, considerándose que la Capacitación solicitada no afecta el servicio y redunda en una mejor prestación del mismo.
ELEVESE a Secretaría de Salud a los fines que estime corresponder.

_____
Firma Dirección