MUNICIPALIDAD DE CÓRDOBA
DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
Departamento Control de Ausentismo

SOLICITUD DE LICENCIA POR FALLECIMIENTO

Señor Director de
Hospital de Urgencias

Córdoba, _____ de _____ de _____

S. _____ / _____ D.

De mi mayor consideración:

Quien suscribe, _____
M.I. N° _____ , cargo _____ fecha de ingreso _____ , tiene el agrado de dirigirse a Ud., a fin de solicitar por la vía que corresponda, se autorice al/la suscripto/a el usufructo de _____ (_____) días hábiles de licencia por duelo a partir del _____, en razón de haberse producido con fecha _____ , el fallecimiento del/la Sr./ra.: _____ _____ , MANIFESTANDO POR LA PRESENTE, CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA que el/la mismo/a, detentaba con el/la suscripto/a el siguiente grado de parentesco: _____, y comprometiéndome a presentar ante Ud. el comprobante respectivo establecido por la Ordenanza 7244/80 y su Decreto Reglamentario N°15.975-A-82, art. 33°,-DISPOSICIONES GENERALES AL RÉGIMEN DE LICENCIAS - punto7, apartado c), dentro de los 03 (tres) días hábiles a partir de mi reintegro al servicio, para su posterior elevación a la Dirección de Recursos Humanos, y prestando mi consentimiento para que por intermedio de dicha dependencia se proceda al pertinente descuento de mis haberes, en forma automática y sin necesidad de requerimiento previo, de no cumplir por mi parte con dicho requisito. ----------

Salúdale muy atentamente. -

Firma del agente:_____

TOMADO CONOCIMIENTO por parte de esta dependencia, corresponde pase la presente a Dirección de Recursos Humanos (Departamento Control de Ausentismo) a los mismos fines y autorización, en caso de que así corresponda.

Firma y sello aclaratorio: _____

DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS Córdoba, _____ de _____ de _

Atento a lo solicitado precedentemente y encontrándose el/la causante encuadrado en las disposiciones contenidas en la Ordenanza 7244/80 y su Decreto Reglamentario N°15.975-A-82, art. 32°, inciso i), esta dependencia RESUELVE: _____

_____

TOME CONOCIMIENTO la Sección Control de Calidad dependiente del Departamento Contralor de Ausentismo y ARCHÍVESE. ----------

Firma y sello aclaratorio: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

N° Doc. identidad	Cargo	Prog.	SP	Dto.	Fecha desde	Fecha hasta	Días	Cód.

Apellido	Fecha Resolución	Resolución

Nombres	Pertenesco

Confeccionó: **Grabó:** **Verificó:**