



SOLICITUD DE PERMISO

0002037

Fecha de solicitud:

Señor
DIRECTOR/A
Presente.-

Administrativo

Médico

Funcionario/a	SILVIA PONS MARTINEZ GRADUADA		
Area o Servicio	FISIOTERAPIA 3 REHABILITACION		
Cargo	FISIOTERAPEUTA		
Nº dias (letras)	QUINCE		
Fecha de permiso	Desde:	16-10-17	Hasta: 30-10-17

MOTIVOS

Enfermedad (Adjunto Certificado Médico)			
Calamidad doméstica			
Asunto particular			
Vacaciones	 Solicitante	X Lazaro Diaz Mendez Médico C.E. EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION REG. MSP. A 123932053-7 REG. PSICOLOGICO 112392333-1 NESS	Autorizado por:  Unidad de Talento Humano
Céd. Ident. N° 		Firma 	Firma 