

 PROVINCIA DEL CHACO Subsecretaría de Coordinación y Gestión Pública	FORMULARIO	FO-ADS-01	
	ADSCRIPCIONES TRE -PAPEL	Rev. 1	1 de 2

Tipo y Número de Actuación:

Al Sr/a.: _____

1 IDENTIFICACION DEL AGENTE (a ser completado por el agente)	
NOMBRES:	
APELLIDOS:	
DNI:	TELÉFONO:
E-MAIL:	
2 UBICACIÓN ACTUAL DEL AGENTE A SER ADSCRIPTO (a ser completado por agente)	
ORGANISMO:	
JURISDICCION:	
Tilde y complete todas las casillas necesarias a fin de identificar la oficina en la que presta servicios, así como de la que depende la misma y los niveles jerárquicos superiores.	
<input type="checkbox"/> MÁXIMA AUTORIDAD	
<input type="checkbox"/> SUBSECRETARÍA	
<input type="checkbox"/> DIRECCIÓN GENERAL	
<input type="checkbox"/> DIRECCIÓN	
<input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO	
<input type="checkbox"/> OTRO (Utilizar para oficinas con nivel inferior a departamento y para el caso de organismos con escalafón diferente al aprobado por Ley Nº 1276.)	
3 AREA DE DESTINO DEL AGENTE A SER ADSCRIPTO (a ser completado por agente)	
ORGANISMO:	
JURISDICCION:	
Tilde y complete todas las casillas necesarias a fin de identificar la oficina en la que prestará servicios así como de la que depende la misma y los niveles jerárquicos superiores.	
<input type="checkbox"/> MÁXIMA AUTORIDAD	
<input type="checkbox"/> SUBSECRETARÍA	
<input type="checkbox"/> DIRECCIÓN GENERAL	
<input type="checkbox"/> DIRECCION	
<input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO	
<input type="checkbox"/> OTRO (Utilizar para oficinas con nivel inferior a departamento y para el caso de organismos con escalafón diferente al aprobado por Ley Nº 1276.)	

Jefe inmediato área origen donde presta servicios (con nivel mínimo de director orgánico o de servicios) _____ Aclaración:	Jefe inmediato área destino (con nivel mínimo de director orgánico o de servicios) _____ Aclaración:	Autoridad política solicitante _____ Aclaración: Fecha:
---	---	---

Agente

Declaro conocer las condiciones de la Adscripción que se tramita según los datos consignados aquí, aceptando que al momento de hacerse efectiva la misma, sólo mantendré los conceptos retributivos inherentes al cargo del cual soy titular, eliminándose todos los adicionales propios de la función.

Aclaración:
Fecha: _____

