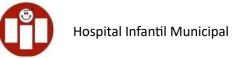






Córdoba..... de 20.......





Córdoba	4 -	20
Comona	ae	70

JUSTIFICACIÓN DE OMISIÓN		JUSTIFICACIÓN DE OMISIÓN	
Al sr/a encargado/a del servicio		Al sr/a encargado/a del servicio	
S/		S/	
Quien suscribe		Quien suscribe	
D.N.I. N°; Cargo		D.N.I. N°; Cargo	
	a usted con la finalidad de solicitar <u>MISIÓN</u> de marcación del		a usted con la finalidad de solicita <u>DMISIÓN</u> de marcación de
día, la c registrada la:	jue, por un olvido involuntario, no fue	día, la registrada la:	que, por un olvido involuntario, no fu
o SALIDA		o SALIDA	
o ENTRADA		o ENTRADA	
Firma del Agente	Firma del responsable	Firma del Agente	Firma del responsable
SECRETARIA DE SALUD:	Córdoba de 20	SECRETARIA DE SALUD:	Córdoba de 20
A la dirección de Recursos Humanos(sueldos)		A la dirección de Recursos Humanos(sueldos)	
Por justificada. PASE a Recursos Humanos informando que él/la agente de marras, cumplió el día / / sus tareas habituales realizando una (1)		Por justificada. PASE a Recursos Humanos informando que él/la agente de marras	

omisión en el corriente mes y año.

omisión en el corriente mes y año.