

NOTA DE POSESIÓN

MERCEDES, 02/09/2019

SEÑOR
DIRECTOR DE PERSONAL
SU DESPACHO

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, llevando a su

conocimiento que Don/ña...MATUTE CLARISA ELIANA.....

D.N.I30628685..... Fecha de Nacimiento..09/04/1984... N° Cuil ..23306286854.....

Domicilio Particular ...Estrada..... N° 921..... Piso

Depto Localidad ..GENERAL LAS HERAS..... Código Postal ..1741.....

Designado en la Dirección / Hospital...1714 - HOSP.ZONAL "BLAS DUBARRY".....

Mediante Decreto / Resolución N° ..1228..... de fecha ...27/08/2019....., ha tomado posesión en el

cargo el día ...30/08/2019....., desempeñando funciones (Cargo) ..OBSTETRICIA.....

en la Ley 10471.

.....
REGIMEN HORARIO: 36 horas semanales guardia

GUARDIA: 24

DIA	HORARIO ENTRADA	HORARIO SALIDA
Jueves	08:00	08:00

SEMANALES: 12

DIA	HORARIO ENTRADA	HORARIO SALIDA
Domingo	08:00	20:00

Saludo a Usted atentamente.

.....
Firma del Agente

.....
Firma de la Autoridad y sello aclaratorio

LEGAJO Nº

Nota: La Dirección de la Dependencia debe remitir el presente formulario por triplicado, dentro de las 48 horas de toma de posesión del cargo, conjuntamente con copia del Acto Administrativo de designación; Solicitud de Apertura de Cuenta Bancaria, Fotocopia del DNI y Constancia de CUIL, al Departamento Registro de Persona (Dirección Delegación de Personal – 4º piso – puerta 414).