Solicitud de Licencias

|  |
| --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE** |
| Apellidos y Nombres:  |   |
| DNI:  |  |
| Legajo:  |  |
| Dependencia:  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MOTIVO | INICIO | FINALIZACION | REINTEGRO  | CANTIDAD DE DÍAS  | CORREPONDE AL AÑO  |
| Elija un elemento. | 23/9/2019 | 23/9/2019 | 24/9/2019 | 0 | 2019 |
| **DÍAS DE VIAJE**  | 23/9/2019 | 23/9/2019 | 23/9/2019 | **0** | **-** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SI | NO |
| REQUIERE PRESENTAR COMPROBANTES | [x]  | [x]  |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES** |
|  |

|  |
| --- |
| DESTINATARIOS DEL PROCESO DE AUTORIZACION \*\* |
| **NOMBRE Y APELLIDO /CARGO DEL JEFE INMEDIATO:** | CECILIA TAMBURINI- DIR. PROV. GESTION DE PROFESIONALES DE LA SALUD |
| **NOMBRE Y APELLIDO/ CARGO DIRECTOR:**  | SUSANA FILIPPONI – DIR.PROVINCIAL DE RRHH |
| **ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL DE LA SUBSECRETARÍA:**  | ROXANA RAMIREZ- DPTO DE ASISTENCIA  |

\*En caso de corresponder adjuntar comprobantes, indicar SI, y proceder a adjuntar los archivos desde la pestaña “Archivos Embebidos”. Si los comprobantes se presentan en forma posterior a la licencia, deberá adjuntarlos en una nueva solicitud con el archivo original creado para el pedido de autorización inicial, para que dichas solicitudes puedan ser convalidadas y cargadas en sistema.

\*\*Se deberá indicar como destinatario dos superiores responsables de la autorización la solicitud y al responsable de administración de personal correspondiente según Subsecretaria a la que pertenezca el agente solicitante

A partir del envío del formulario, las autoridades declaradas darán curso y aprobación por medio de la firma con certificado. Posteriormente la Dirección General de Recursos Humanos (Personal), corroborará la misma y sólo en caso de ser denegada procederá a responderla por medio de GDE.