

SOLICITUD LICENCIA MEDICA

INSTITUTO SUPERIOR DE PROFESORADO N° 20

“SENADOR NESTOR JUAN ZAMARO”

APELLIDO/S:

NOMBRE/S:

DNI:

CARRERA:

DATOS DE LA LICENCIA - SEGÚN DECRETO 4597/83 (ART 5, 7, 15, 18, 21 e incisos)

ARTICULO	INCISO	DESDE	HASTA

				INDICAR CANTIDAD DE HORAS				
ID SARH	MATERIA/CARGO	C	T	L	M	M	J	V

.....

FIRMA Y ACLARACION DEL SOLICITANTE