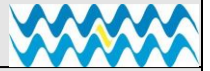




Municipalidad de Caleta Olivia

### Formulario CORTE de la Licencia Anual Ordinaria 2020



**Preparó:** Dirección de Personal

**Int.:** Departamento Personal

**Teléfonos**  
4851350  
4850987

**Fecha de vigencia:** Año 2021

Al Sr  
Subsecretario de RR. HH.  
ANTOLIN MORENO  
S...../.....D

Quien suscribe Secretario/a o Subsecretario/a de:....., tiene el agrado de dirigirse a Ud. a los efectos de informar por este medio que se **AUTORIZA** el **CORTE** de la Licencia Anual correspondiente al año 2020; por razones de servicios al agente municipal ..... Legajo N°....., D.N.I. N°..... Sector:....., a partir del día ...../...../2021; dejando constancia que los días pendientes serán informados debidamente cuando le corresponda usufructuar y que los mismos serán concedidos antes de usufructuar el próximo período.

Caleta Olivia,.....de.....de 20.....

.....  
**Firma Autorizante**  
**(SECRETARIO/A –SUBSECRETARIO/A)**

*(Datos quien sea responsable de enviar formulario a la página web)*

**APELLIDO Y NOMBRE DEL DIRECTIVO:**.....**Legajo Personal N°** .....**(directivo)**

**CONTACTO TELEFONICO DEL DIRECTIVO:**0297- 15.....-

**FECHA:**...../...../2021.-

**“Recuerde que la solicitud debe presentarse en RR HH con 15 días de anticipación”**  
**“TODA DOCUMENTACION DEBE VENIR SIN TACHADURAS NI ENMIENDAS”**

**Fecha de utilización:** A los efectos del otorgamiento de esta licencia se considerará el período comprendido entre el **1 de diciembre del año al que corresponde y el 31 de marzo del año siguiente**. Esta licencia, deberá usufructuarse dentro del lapso antedicho, y se concederá en todos los casos, conforme a necesidades del servicio. Las solicitudes de licencia deberán ser resueltas dentro de los quince (15) días de interpuestas.

**Interrupciones:** La licencia anual ordinaria, solamente podrá interrumpirse por afecciones o lesiones de corto tratamiento para cuya atención se hubieren acordado más de cinco (5) días, por afecciones o lesiones de largo tratamiento, enfermedad profesional, maternidad o **razones de servicios**. **Se deja constancia que no corresponde el corte de dicha licencia con boleta médica por derivación de acompañante, sin excepción alguna.-**

**Días por viaje:** Se otorga Dos (2) días de viaje a aquellos agentes que deban trasladarse a más de 300 Km, debiendo acreditarlos con certificado policial y/o autoridad competente. Si se fraccionara en dos períodos, solo en uno de ellos se concederá tal beneficio.

**Fuente:** Decreto 1067/94 – “Régimen de licencias, justificaciones y Franquicias” – Artículo 2 incisos a), b) y k) (**descargar formulario en la página oficial**)

**“Los días pendientes deberán ser usufructuados antes de las fechas establecidas y del próximo período”**

**El presente formulario deberá presentarse mediante expediente en Dirección de Mesa de Entradas del municipio.**

**DIRECCION DE PERSONAL / DPTO ADM. /DPTO PERSONAL:**

- Fecha recepción:...../...../.....-
- Firma responsable:.....-
- Fecha de carga en base de datos:..... / ..... / .....Número de Registro:.....-
- Registrado por el/la agente:.....L.P. N° .....Firma:.....