Provincia de La Rioja

Hospital de la Madre y el Niño
INMACULADA CONCEPCION DE MARIA

Ministerio de Salud
Te queremos sano

MESA DE EXAMEN
(DOCENTE)

Fecha: | | | |

Servicio: ……

Nombre y Apellido:……

Documento Nº:…….. Leg. Nº……

Carrera…….

1-Materia…….Fecha ……/…../……...Hora.……

2-Materia…….Fecha……/……/……....Hora.……...

3-Materia…….Fecha……/……/……Hora.……...

4-Materia…….Fecha……/……/……....Hora.……...

5-Materia…….Fecha…../……/……Hora…….....

6-Materia…….Fecha…../……/……....Hora..……

..... …. …….

Aclaración y Firma del Agente **Aclaración y Firma Responsable**

NOTA IMPORTANTE:

- **CORRESPONDE A ESTE BENEFICIO, HASTA 10 DIAS HABILES POR AÑO, A LOS AGENTES QUE INTEGRAN MESA EXAMINADORA, EN TURNOS OFICIALES, Y QUE LAS MISMAS COINCIDAN CON LA JORNADA LABORAL.**
- **SE DEBE PRESENTAR EL CERTIFICADO DOCENTE EXPEDIDO POR LA INSTITUCION EDUCATIVA CORRESPONDIENTE QUE ACREDITE LOS DÍAS TOMADOS; SE RECEPCIONARA HASTA 48 HS. POSTERIOR A LA FECHA DE LA MESA DE EXAMEN. CASO CONTRARIO QUEDARÁN SIN JUSTIFICAR Y EQUIVALE A FALTA INJUSTIFICADA.**
- **SI POR ALGUN MOTIVO NO SE PRESENTA A LA MESA EXAMINADORA *(RAZONES ESPECIALES) DEBERA INCORPORARSE A LA BREVEDAD EN SU HORARIO Y LUGAR HABITUAL DE TRABAJO, E INFORMAR INMEDIATAMENTE AL RESPONSABLE DEL SERVICIO U OFICINA; Y A ESTA OFICINA DE RELACIONES LABORALES.**

RAZONES ESPECIALES:* *SERAN EVALUADAS POR LA OFICINA DE RELACIONES LABORALES.