SOLICITUD ESTUDIOS GINECOLÓGICOS

Nombre y Apellido: _____

Legajo Nº:_____ Servicio: _____

Solicitud para los días: _____

Nota: EL CARNET DE ESTUDIOS GINECOLÓGICOS (DE PRODECAF) DEBE PRESENTARSE DENTRO DE LOS 30 DIAS SOLICITADOS PARA REALIZARSE LOS ESTUDIOS GINECOLÓGICOS, EN CASO CONTRARIO, QUEDA SIN EFECTO LA JUSTIFICACIÓN Y CORRESPONDERÁ FALTA. EL CERTIFICADO EXPEDIDO POR EL MÉDICO ES UNA JUSTIFICACIÓN PROVISORIA.

FIRMA Y ACLARACIÓN RESPONSABLE	FIRMA Y ACLARACIÓN AGENTE

SOLICITUD ESTUDIOS GINECOLÓGICOS

Nombre y Apellido: _____

Legajo Nº:_____ Servicio:_____ _____

Solicitud para los días: _____

Nota: EL CARNET DE ESTUDIOS GINECOLÓGICOS (DE PRODECAF) DEBE PRESENTARSE DENTRO DE LOS 30 DIAS SOLICITADOS PARA REALIZARSE LOS ESTUDIOS GINECOLÓGICOS, EN CASO CONTRARIO, QUEDA SIN EFECTO LA JUSTIFICACIÓN Y CORRESPONDERÁ FALTA. EL CERTIFICADO EXPEDIDO POR EL MÉDICO ES UNA JUSTIFICACIÓN PROVISORIA.

FIRMA Y ACLARACIÓN RESPONSABLE	FIRMA Y ACLARACIÓN AGENTE

SOLICITUD ESTUDIOS GINECOLÓGICOS

Nombre y Apellido: _____

Legajo Nº:_____ Servicio: _____

Solicitud para los días: _____

Nota: EL CARNET DE ESTUDIOS GINECOLÓGICOS (DE PRODECAF) DEBE PRESENTARSE DENTRO DE LOS 30 DIAS SOLICITADOS PARA REALIZARSE LOS ESTUDIOS GINECOLÓGICOS, EN CASO CONTRARIO, QUEDA SIN EFECTO LA JUSTIFICACIÓN Y CORRESPONDERÁ FALTA. EL CERTIFICADO EXPEDIDO POR EL MÉDICO ES UNA JUSTIFICACIÓN PROVISORIA.

FIRMA Y ACLARACIÓN RESPONSABLE	FIRMA Y ACLARACIÓN AGENTE