

**ANDE****SOLICITUD DE PERMISO**

Sigla / Nº / Año

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_ **Nº de Personal:** \_\_\_\_\_  
**Dependencia:** \_\_\_\_\_ **Tel. Interno Nº:** \_\_\_\_\_  
 solicita permiso, **con goce de salario**, a partir del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ **Tel. Particular Nº:** \_\_\_\_\_  
 por motivo de: \_\_\_\_\_ **Tel. Celular Nº:** \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Maternidad                                      | 10 <input type="checkbox"/> Internación de familiar               |
| 2 <input type="checkbox"/> Paternidad                                      | 11 <input type="checkbox"/> Intervención quirúrgica de familiar   |
| 3 <input type="checkbox"/> Adopción de hijo o hija                         | 12 <input type="checkbox"/> Acompañar a familiar a estudio médico |
| 4 <input type="checkbox"/> Fallecimiento: cónyuge, cónyuge aparente o hijo | 13 <input type="checkbox"/> Licencia Sindical                     |
| 5 <input type="checkbox"/> Fallecimiento: padre o madre                    | 14 <input type="checkbox"/> Docencia Universitaria                |
| 6 <input type="checkbox"/> Fallecimiento: hermano o abuelo                 | 15 <input type="checkbox"/> Beca otorgada por terceros            |
| 7 <input type="checkbox"/> Amamantamiento de hijo/a                        | 16 <input type="checkbox"/> Examen Final                          |
| 8 <input type="checkbox"/> Matrimonio                                      | 17 <input type="checkbox"/> Cumplimiento de Disposiciones Legales |
| 9 <input type="checkbox"/> Enfermedad de familiar                          | 18 <input type="checkbox"/> Exámenes de papanicolau y mamografía  |

**Obs.:** \_\_\_\_\_**Adjunto:** Documentos respaldatorios\_\_\_\_\_  
**Firma del Interesado**

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**A:**  DPTO. DE GESTIÓN DEL PERSONAL (DRH/DGP) DPTO. DE ACOMPAÑAMIENTO DEL PERSONAL (DRH/DAP) DPTO. DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN (DRH/DFC)\_\_\_\_\_  
**Firma Jefe Unidad Administrativa**

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dpto. de Gestión del Personal (DRH/DGP)	Dpto. de Acompañamiento del Personal (DRH/DAP)	Dpto. de Formación y Capacitación (DRH/DFC)
<b>Observaciones:</b> _____ _____ _____	<b>Observaciones:</b> _____ _____ _____	<b>Observaciones:</b> _____ _____ _____
Procesado por _____ Pers. Nº: _____ Fecha: ___/___/___	Firma del Jefe _____ Fecha: ___/___/___	Procesado por _____ Pers. Nº: _____ Fecha: ___/___/___
	Firma del Jefe _____ Fecha: ___/___/___	Procesado por _____ Pers. Nº: _____ Fecha: ___/___/___
	Firma del Jefe _____ Fecha: ___/___/___	Procesado por _____ Pers. Nº: _____ Fecha: ___/___/___