



COMUNICACIÓN DE REEMPLAZOS

(DECRETO N°)

(RESOLUCION N°.....)

Para que sea válido el reemplazo, traer completa y firmada por el Director de Área

DATOS DEL AGENTE TITULAR

APELLIDO Y NOMBRESLEGAJO

CARGO COMPLETO

E-MAIL

DATOS DEL AGENTE REEMPLAZANTE

APELLIDO Y NOMBRESLEGAJO

CARGO COMPLETO

E-MAIL

NOTIFICACION

REEMPLAZA DESDE/...../..... HASTA/...../.....

MOTIVO DEL REEMPLAZO: (marcar con una X)

LICENCIA POR DESCANSO ANUAL

LICENCIA POR ENFERMEDAD

OTROS (especificar)

.....
Firma y sello Director Área

.....
Firma y sello Sec. Gobierno

.....
Firma y sello Dir. RR HH

.....
Firma y sello Enc. Decretos