



DEPARTAMENTO DE RECONOCIMIENTOS  
MÉDICOS DELEGACIÓN CHILECITO.

REPARTICIÓN: ..... *Dm. de Educación* .....

COMUNICO A UD. QUE AL AGENTE DE ESE ORGANISMO: .....

..... *Empinosa Renon Alejandra* ..... D.N.I. Nº: *24.812.072* .....

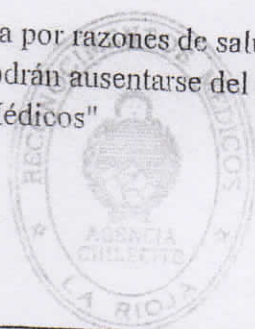
SE LE HAN CONCEDIDO: *07/08/2024* DÍAS DE LICENCIA MÉDICA DE ACUERDO A LO

ESTABLECIDO POR LA LEY /DECRETO Nº: *5820* ART: *48* INC: *6* PUNTO: *1* .....

A PARTIR DE: *22* / *09* / *2024* .....

DADO EN CHILECITO, LA RIOJA EL *24* DE *09* DE *2024* .....

\* "Punto 4: Los agentes en uso de licencia por razones de salud deberán cumplir el reposo y tratamiento indicado para su restablecimiento y no podrán ausentarse del lugar de su residencia sin la autorización escrita del Departamento de Reconocimientos Médicos"



Dr. ALBERTO R. MAZA

*[Handwritten Signature]*  
JEFE DELEGACIÓN