

Chepes, 23 de Octubre de 2024

Al Sr. Director del CEJA "Angel Vicente Peñaloza"

Prof. Albornoz Sergio.

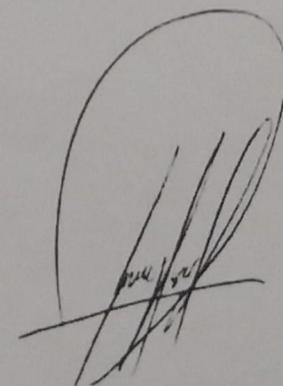
S...../.....D:

El que suscribe agente Soria Juan Carlos DNI N° 31.170.282 quien presta servicio en la institución a su cargo. Se dirige a usted y antes quien corresponda a los fines de solicitar la Licencia por Paternidad acogiéndome en la Ley N° 8146 Art. 1 y su modificatoria Ley 9655 Art. 6.

Hago mención que no hice uso de los 10 días previos al parto que estipula también dicho artículo y que por lo tanto solicito que sean sumado a los 20 días de Paternidad, siendo esto un total de 30 días.

Adjunto a la misma acta de nacimiento de mi hijo.

Sin otro motivo. Lo saludo a Ud. con el respeto que se merece.



Juan C. Soria  
31.170.282

# MINISTERIO DEL INTERIOR

## SECRETARÍA NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

MEDIANTE EL PRESENTE, SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HA ASISTIDO EL PARTO DE:

DATOS DE LA MADRE	APELLIDO/S	Narona			
	NOMBRE/S	Elisa Evelyn			
	NACIONALIDAD	Argentina			
	PRESENTA DOCUMENTO	SI	NO	TIPO Y N° DE DOCUMENTO	EDAD 32
DOMICILIO		Hipólito Yrigoyen 67 - Chapes			36.864.845

DATOS DEL RECIEN NACIDO	SEXO	Masculino		DEL QUE NACIERON VIVOS LA CANTIDAD DE	uno
	PESO AL NACER	3370		FECHA DE NACIMIENTO	23-10-24
	EDAD GESTACIONAL	38	SEMANAS	HORA DEL NAC	14:20
	LUGAR DEL NACIMIENTO	La Rioja			
	NOMBRE SOLICITADO PARA INSCRIBIR	Gian Luca			

EL PARTO HA SIDO ASISTIDO EN			
ESTABLECIMIENTO SANITARIO	NOMBRE	ESTABLECIMIENTO SANITARIO	DOMICILIO
		1	
	Centro Privado de Maternidad de Julio Sosa		

**IMPRESIONES PAPILOSCOPICAS:**

ABRIR POR AQUÍ



IMPRESION PLANTAR DERECHA DE LA MADRE

IMPRESION PLANTAR DERECHA DEL NACIDO



**INSTRUCCIONES DE USO:**  
LEVANTE LA SOLAPA CORRESPONDIENTE Y TRANSFIERA LA IMAGEN DACTILAR EN UN SOLO CONTACTO, LUEGO CIERRE LA SOLAPA.

*[Signature]*  
Firma de la Madre

**OBSERVACIONES DE LA TOMA DE IMPRESIONES**

EXPIDE EL CERTIFICADO, EN LA CIUDAD DE La Rioja A LOS 23 DIAS DEL MES DE octubre DE 2024 PROVINCIA DE La Rioja

MEDICO O PARTERA	APELLIDO/S	Herrera		
	NOMBRE/S	Arnaldo		
	MATRICULA PROFESIONAL	2937		

AGENTE SANITARIO	APELLIDO/S			
	NOMBRE/S			
	MATRICULA			

*[Signature]*  
Firma y Sello del Médico/Partera (Agente Sanitario)

CENTRO PRIVADO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGIA

**NOTIFICACION DEL HECHO DEL NACIMIENTO POR EL HOSPITAL O SANATORIO**

APELLIDO Y NOMBRE	TIPO Y N° DE DOCUMENTO	RESERVA	FIRMA Y SELLO DEL HOSPITAL O SANATORIO