

DEP. HIGIENE Y SALUD DEL TRABAJADOR (N 2)
DEP. ASIST. SOCIO EDUCATIVA (N 2)

D. A. P. E.

ZONA:.....
LOCALIDAD:.....
FECHA:.....
DOCUMENTO N°

Apellidos:

PERA

Nombres:

SUZETA BEATRIZ

Domicilio:

B° DIWIS

Unidad de
Organización:

IND DE DIWIS

Comunico a Ud., que el agente del organismo mencionado se le a concedi-
do: 12 DIAS Licencia Artículo 48
Inciso C Punto 1 de la Ley 3270 / Decreto a
partir del 25/3/23

Dx: MALET HINGEN
(MAYOR DE TENDON
EXTENSION DEL 5° DEDO)

Saludo a Ud., muy atentamente.-

Dr. María Polanco
M.P. 3713
M.T. 3713
M.T. 3713