

10/ta 28 de octubre de 2024

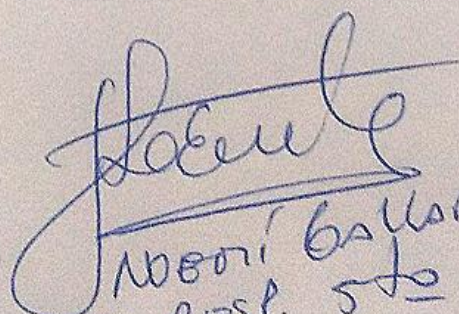
A la Directora de la ESC. N° 267.

Prof. NICOLASA Zárate.

S-----/-----D

La que suscribe Gallardo Patricia Noemí; DNI N° 26.732.464; Docente titular de la Institución a su cargo. Tengo el agrado de dirigirme a usted a efecto de comunicarle que en el día de la fecha haré uso de licencia por donación de sangre. Se adjunta certificado de la misma.

Sin otro particular me despido de usted muy atentamente.


Noemí GALLARDO
DOC. RESP. 5to B.

HOSPITAL DISTRITAL "LUIS ALDO NOTTA" OLTA

DISTRITAL

GOBIERNO DE
LA RIOJA

MINISTERIO D
SALUD

LA RIOJA

DIRECCIÓN Avda. Perón, 8° El Alto

TEL. FAX Nº: 03626-491256

LA RIOJA

CERTIFICO que en el día de la fecha
examine al Sr./Sra. Gallardo Patricia Noemí DNI. Nº 26732.464

Quien se encuentra afectado/a por Donación de Sangre
por lo que necesita 1 días de reposo para su tratamiento y
recuperación.

A pedido de parte interesada y a los fines que hubiere lugar, se expide el
presente en Olta (L.R) a los 28 días de octubre de 2024.

Art. Inc Decreto Provincial.

Vega Victor Horacio
MÉDICO
M.P. 2162

Vega Victor Horacio
MÉDICO
M.P. 2162