

SOLICITUD DE LICENCIA

Dependencia: Colegio Provincial de Aminga Localidad: Aminga Provincia: La Rioja

DATOS PERSONALES

Apellido/s: CLAUDIA LUNA Gonzalez Barrio Nombre/s: _____
 Domicilio: Aminga Pcia: _____ Depto.: _____ Tel.: 3804-892112
 Localidad: Aminga Provincia: La Rioja
 D.N.I./L.E.C./C.I.: 36.769.647 Clave: 01
 Antigüedad: Policial Fecha de ingreso: 07/04/2025
 Dependencia: Ministerio de Educación

SITUACION DE REVISTA

DOCENTES		CARRUHO DOCENTE
Cargo	Horas de estudio	
		Categoría: <u>610</u>
		Grupo: <u>Personal de Servicios Generales</u>
		Asignamento: <u>P.S.G.</u>

TAREAS EN QUE SOLICITA LICENCIA	LICENCIA
CARRUOS / HORAS DE CATEDRA	Desde: <u>07/04/2025</u> Hasta: <u>11/04/2025</u>
	Artículo: <u>48</u> Ley: <u>3870</u>
	Causa: <u>Enfermedad</u>
	Constancia de: <u>Dr. José Orlando Barbero</u>
	<u>Nº 1288</u>

CONTINUA DESEMPEÑÁNDOSE EN:

DEPENDENCIA	CARRUOS / HORAS DE CATEDRA

Lugar y fecha: Aminga 07/04/25

Opinión de la Dirección: _____

ANTECEDENTES DE LICENCIAS

Desde	Hasta	Art.	Ley	Dip./Lec.	Expte./Nota	Causa	T-A
23/03/2025	04/04/2025	48	3870	11 (once días)	—	Personal de S. Generales	P.P.
07/04/25	11/04/2025	48	3870	05 (cinco)	—	Personal de S. Generales	P.P.

Prof. Mirta A. Rodríguez
 Secretaria
 Colegio Prov. Aminga - La Rioja
 Minist. de Educ. Ciencia y Tec

Dr. José Orlando Barbero

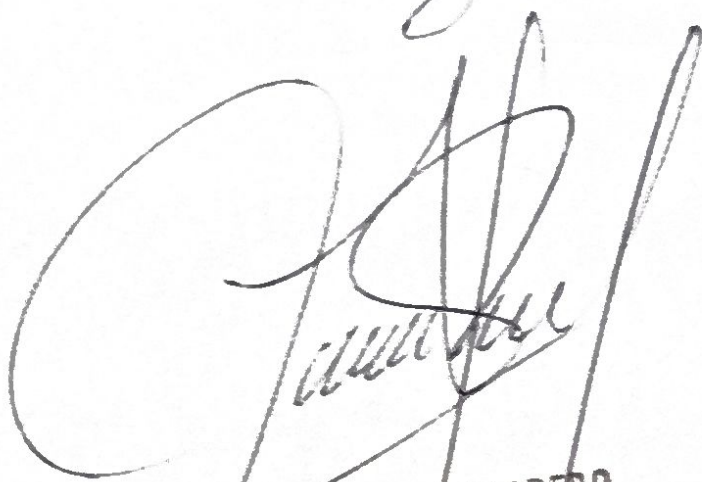
Medico Cirujano-M.P. 1288

Traumatología y Ortopedia-Esp. Medicina Laboral

Salta S/N-Anillaco-La Rioja

Tel: 3804640380 - 3804543689

Certifico que
el Sr. Chumbita
Dario DNI 36769647
necesita 5 (uno)
dias de fupor
Laboral a partir
del 07/04/25
D. Tubasatafla



DR. JOSÉ ORLANDO BARBERO
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA
M.P. 1288

07/04/25

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO MEDICO

DEP. HIGIENE Y SALUD DEL TRABAJADOR (N 2)

ZONA: III

LOCALIDAD: Amiapa

FECHA: 07/04/25

DOCUMENTO N° 36.769.647

Señor Jefe de H. y S. del Trab.:

! Tengo el agrado de dirigirme a Ud., solicitando quiera tener a bien proceder al RECONOCIMIENTO MEDICO para el agente que a continuación se cita.-
Saludo a Ud., atentamente.-

IDENTIFICACION DEL AGENTE

Apellidos: CHUMBITA LUNA

Nombres: Gonzalo Mario

Domicilio: Amiapa

Unidad de Organización: Colegio Provincial de Amiapa

RECONOCIMIENTO MEDICO SOLICITADO A: (Marcar con "x" s/corresponde)

Consultorio: ☐ Domicilio: ☐ Atención de Familiar a cargo: ☐

Encuadre Legal: ☐

ORIGINAL

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

D. A. P. E.

ZONA: III

LOCALIDAD: Amiapa

FECHA: 07/04/25

DOCUMENTO N° 36.769.647

Apellidos: CHUMBITA LUNA

Nombres: Gonzalo Mario

Domicilio: Amiapa

Unidad de Organización: Colegio Provincial de Amiapa

Comunico a Ud., que el agente del organismo mencionado se le a concedido: 5 (cinco) Licencia Artículo 48
Inciso 2 Punto A de la Ley 3690 / Decreto — a
partir del 07 de abril de 2025

Saludo a Ud., muy atentamente.-

DUPLICADO

Firma Médico o responsable

WILFOLDO BARRERO
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA