

SOLICITUD DE JUSTIFICACIÓN DE OMISIÓN

Córdoba, ____ de ____ de ____

Al Sr. Director de

S / D

Quien suscribe _____

DNI N° _____, cargo _____, se dirige a Ud. a los fines de solicitarle la justificación de la **OMISIÓN DE** _____ del día ____ / ____ / _____, hora _____, motivada por **OLVIDO INVOLUNTARIO**.

Atentamente,

V° B° del Jefe del Área

Firma del Agente

OFICINA DE PERSONAL

Dicho agente cuenta en lo que va del año con ____ OMISIÓN/ES.

Córdoba, ____ / ____ / ____ .

Firma de la Oficina de Personal

DIRECCION HOSPITAL DE URGENCIAS

Visto el pedido de justificación interpuesto, ELÉVESE a Secretaría de Salud y Ambiente. Informando que esta Dirección asume la responsabilidad sobre el cumplimiento de las tareas en el horario en que efectivamente debió llevarlas a cabo el agente mencionado.

Firma de la Dirección