

## SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA

Córdoba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

**Al Sr. Jefe de Servicio**

\_\_\_\_\_  
**S** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **D**

Quien suscribe \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_, cargo \_\_\_\_\_, se dirige a Ud. a los fines de solicitar autorice la **LICENCIA SANITARIA** correspondiente al año \_\_\_\_ desde el día \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, y hasta el día \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ inclusive, con un total de 7 (siete) días corridos.

Asimismo, le informo que mi licencia anual de referencia fue usufrutuada desde el día \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ hasta el día \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ correspondiente al año \_\_\_\_\_ y por un total de \_\_\_\_ días.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente

\_\_\_\_\_  
V° B° del Jefe de Servicio

\_\_\_\_\_  
Lo solicitado corresponde a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
TOMADO CONOCIMIENTO, NOTIFIQUESE AL AGENTE QUE SU PEDIDO HA SIDO AUTORIZADO,  
CONFORME A LA FECHA ANTES REQUERIDA.

\_\_\_\_\_  
Firma del Jefe de Personal

\_\_\_\_\_  
Firma del Director