



**SOLICITUD DE LICENCIA**  
**POR MATERNIDAD**

**ARTÍCULO 110° Inciso a) – Convenio Colectivo de Trabajo de Salud**

....., de..... de.....

.....  
M.I. N°..... cargo..... solicita le sean concedidos ciento ochenta (180) días de licencia por maternidad, a partir del día...../...../..... y hasta el día...../...../..... Inclusive.-

.....  
Firma de la agente

**INFORME CONTROL DE LICENCIA**

CORRESPONDEN 180 DIAS DE LICENCIA SEGÚN ARTÍCULO 110° INCISO a) – Convenio Colectivo de Trabajo de Salud

.....de.....de..... -

.....  
Firma y sello

**VISTO TOMADO CONOCIMIENTO**

.....de.....de..... -

.....  
Firma y sello

VISTO lo informado precedentemente ACUERDASE, la licencia solicitada.-

DISPOSICIÓN N°...../.....

.....de.....de.....

.....  
Firma autoridad competente

**NOTIFICACIÓN**

Fecha...../...../.....

Habiéndose notificado ARCHIVESE.

.....  
Firma del agente

.....  
Firma Responsable Control Licencia

**Advertencia:** En todos los casos, táchese lo que NO corresponda.-