



**SOLICITUD DE LICENCIA**

Artículos 110° Inciso c) – Convenio Colectivo de Trabajo de Salud  
(Por Capacitación)

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

.....  
M.I. N°..... cargo..... solicita le sean CONCEDIDA licencia según  
Artículo 110° Inc. c) según Convenio Colectivo de Trabajo de Salud, CON/SIN goce de haberes a partir del  
día \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ y hasta el día \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ inclusive.

Adjunto las constancias previstas requeridas, comprometiéndome a presentar la documentación  
correspondiente al reintegro.

Motivo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del agente

**INFORME DEL JEFE DIRECTO**

Opino que la licencia solicitada SI – NO debe ser concedida.-

CON – SIN goce de haberes.

Causas de opinión: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

.....  
Firma y sello Jefe Directo

**INFORME CONTROL DE LICENCIA**

Corresponden \_\_\_\_ días de licencia según Artículo 110° Inc. c)  
según Convenio Colectivo de Trabajo de Salud , CON/SIN goce de haberes, de los cuales utilizó  
.....días, restándole.....días. El/la agente registra a la fecha una actividad  
de.....años.....meses y.....días.-

Debe suscribir compromiso de permanencia ( ) SI

( ) NO

( ) A CRITERIO DE LA AUTORIDAD

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

.....  
Firma Responsable Control Licencias

VISTO lo precedentemente informado CONCEDESE – DENIEGASE la licencia solicitada CON/SIN goce de  
haberes. El agente SI-NO deberá suscribir compromiso de permanecer en la Administración Publica  
Provincial por un periodo de \_\_\_\_\_

DISPOSICIÓN N° \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

RESOLUCIÓN N° \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de la autoridad competente