

PLANILLA DE COMPATIBILIDAD HORARIA (LEY N° 13.644)

I. PARA SER COMPLETADO POR EL/LA AGENTE

Ministerio/Organismo de revista: _____

Nombre de la repartición/dependencia de revista: _____

Dirección: _____ Localidad: _____

Partido: _____ Provincia: _____

Nombre y apellido: _____

Tipo y N° de documento: _____

N° de legajo: _____

Cargo de revista: _____ Agrupamiento: _____ Categoría: _____

Régimen horario: _____ Horas semanales de labor: _____

Banda horaria semanal:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Horario asignado							

Observaciones: _____

COMPLETAR EL SIGUIENTE CUADRO EN EL CASO DE QUE REVISTE EN OTRA REPARTICIÓN/DEPENDENCIA, DEPENDIENTE DEL MISMO MINISTERIO/ORGANISMO DECLARADO EN EL PUNTO I.

Nombre de la repartición/dependencia de revista: _____

Dirección: _____ Localidad: _____

Partido: _____ Provincia: _____

Cargo de revista: _____ Agrupamiento: _____ Categoría: _____

Régimen horario: _____ Horas semanales de labor: _____

Banda horaria semanal:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Horario asignado							

PLANILLA DE COMPATIBILIDAD HORARIA (LEY N° 13.644)

Observaciones: _____

Lugar y fecha: _____

Firma del/de la agente

DECLARACIÓN JURADA RATIFICADA POR:

Firma y sello del/de la Superior Jerárquico
del/de la agente

Firma y sello del/de la Delegado/a de Personal
o dependencia que haga sus veces

II. PARA SER COMPLETADO POR EL/LA AGENTE EN EL CASO QUE REVISTE EN UN MINISTERIO/ORGANISMO DISTINTO AL DECLARADO EN EL PUNTO I.

Ministerio/Organismo de revista: _____

Nombre de la repartición/dependencia de revista: _____

Tipo de repartición: Nacional Provincial Municipal

Dirección: _____ Ciudad: _____

Partido: _____ Provincia: _____

Cargo de revista: _____ Agrupamiento: _____ Categoría: _____

Régimen horario: _____ Horas semanales de labor: _____

Banda horaria semanal:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Horario asignado							

PLANILLA DE COMPATIBILIDAD HORARIA (LEY N° 13.644)

Observaciones: _____

Lugar y fecha: _____

Firma del/de la agente

DECLARACIÓN JURADA RATIFICADA POR:

Firma y sello del/de la Superior Jerárquico
del/de la agente

Firma y sello del/de la Delegado/a de Personal
o dependencia que haga sus veces

