



Agente:

Sexo:

Escuela: -

Domicilio:

Localidad: ()

Departamento:

Nro Cgo	F. Poses.	S.R.*	Cargo Tarea y Descripción	Hs Sem	C	D	T	Esc.	Código	Fec. Pres. trámite	Desde Acons.	Hasta Acons.	Días	Tipo Días**	Afecta Sueldo	% afec.	Afecta Pres.	Médico interviniente
	//20									//20	//20	//20						

\* (1) Titular (2) Interino (3) Reemplazante

\*\* (C) Corridos (H) Hábiles