FORMULARIO DE MODALIDAD HORARIA

NOMBRES Y APELLIDOS	C.I. N°	FECHA:

DEPENDENCIA/CARGO	SOLICITA CAMBIO DE MODALIDAD HORARIA A PARTIR DEL DÍA:

INDICAR LA MODALIDAD SOLICITADA

01- ☐ Modalidad horas corridas de Lunes a Viernes De:_____hs.A:_____hs.	02- ☐ Horario Diferenciado(*)

Cantidad de Horas Semanales declaradas:

INDICAR HORARIO A REALIZAR (En caso de indicar Modalidad Especial)

Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábados
De:_____hs.A:_____hs.	De:_____hs.A:_____hs.	De:_____hs.A:_____hs.	De:_____hs.A:_____hs.	De:_____hs.A:_____hs.	De:_____hs.A:_____hs.
De:_____hs.A:_____hs.	De:_____hs.A:_____hs.	De:_____hs.A:_____hs.	De:_____hs.A:_____hs.	De:_____hs.A:_____hs.	De:_____hs.A:_____hs.
De:_____hs.A:_____hs.	De:_____hs.A:_____hs.	De:_____hs.A:_____hs.	De:_____hs.A:_____hs.	De:_____hs.A:_____hs.	De:_____hs.A:_____hs.
De:_____hs.A:_____hs.	De:_____hs.A:_____hs.	De:_____hs.A:_____hs.	De:_____hs.A:_____hs.	De:_____hs.A:_____hs.	De:_____hs.A:_____hs.

OBSERVACIÓN:

Firma del Interesado	Jefe de Sección	Jefe Departamento	Director

El contenido del Formulario, con el VºBº del superior jerarquico es exclusiva responsabilidad del/la funcionario/a firmante

(*) Los horarios diferenciados deberán ser autorizados por el Decano

(*)VºBº Decano

USO INTERNO DGTH

FECHA	HORA	N°	RECIBIDO POR	FORMULARIO VERSIÓN
				V.1

Analizado por:	Procesado por:	D.G.T.H.