

Solicitud autorización para concurrir a Capacitaciones Art. 84 del E.P.C.A.P.P

...../...../.....

DATOS PERSONALES

Zona Sanitaria.....Establecimiento.....

Nombre y Apellido.....

D.N.I.....N° de Legajo.....Antigüedad.....

E-mail.....

Servicio al que pertenece.....

DATOS DE LA CAPACITACION

Capacitación solicitada.....

Lugar donde se llevará a cabo la capacitación.....

Fecha de los encuentros.....

Carga horaria Total.....fecha última capacitación.....

Modalidad	Presencial	Semipresencial
-----------	-------------------	-----------------------

Condición	Asistente	Expositor
-----------	------------------	------------------

Justificación del Jefe Inmediato sobre la Capacitación a realizar

.....
.....
.....
.....

Autoriza..... días de viaje Cobertura del servicio SI NO

Fecha.....

Fecha de reintegro al Servicio.....

Justificación y Aprobación del Comité de Docencia
(En caso de no existir dejar espacio en blanco)

.....
.....
.....
.....
.....

Firmas..... **Fecha**...../...../.....

Documentación Obligatoria para adjuntar a la planilla

	FOTOCOPIA DEL DNI
	EVALUACION DE DESEMPEÑO
	PROGRAMA DE LA CAPACITACIÓN EN EL QUE ADEMÁS CONSTE: <ul style="list-style-type: none">• LOGO DE LA INSTITUCIÓN QUE LA ORGANIZA• FECHAS EXACTAS DEL EVENTO
	NOTA DE SOLICITUD DEL AGENTE, JUSTIFICANDO SU PEDIDO
	AUTORIZACIÓN Y AVAL DE LA MÁXIMA AUTORIDAD DE DEPENDENCIA (DIRECTOR/JEFE DE ZONA)
	FIRMA.....FECHA...../...../.....