Esquel, DIA de MES de 202x

Dr. NOMBRE DEL DIRECTOR/CO DIRECTOR DE BECA
Centro de Investigación Esquel de Montaña y Estepa Patagónica
(CIEMEP-CONICET, UNPJSB)

S/D

Por la presente

Me dirijo a Ud. con motivo de comunicarle que el/los (DÍA/S EN LETRAS Y NÚMEROS) no asistí/re a mi lugar de trabajo por encontrarme enfermo/reposo/intervención/consulta y/o estudio médico (INDICAR EL CASO SEGÚN CORRESPONDA).

Adjunto el certificado médico correspondiente o derivación médica.

Sin otro particular, saludo a Ud. atte.

Firma solicitante

ACLARACION
DNI
Becario doctoral/posdoctoral
CIEMEP

AUTORIZADO

NOTIFICADO

Firma Director/Co Director de beca
Dr. completar nombre

Director CIEMEP
Dr. completar nombre