

CARLOS CASARES, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Al Director de la EES N° 1

Favio Parrucci

S \_\_\_\_ / \_\_\_\_ D:

El/la \_\_\_\_\_ que suscribe

DNI: \_\_\_\_\_, se dirige a Ud. A fin de informarle que debió interrumpir su Licencia Anual Obligatoria de \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) días – Art. 114 n\_\_\_\_\_, del Estatuto Docentes y Decretos Reglamentarios, desde el \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ y hasta \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ (constar con el alta médica el \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_), por \_\_\_\_\_ (enfermedad de largo tratamiento / enfermedad crónica / maternidad / duelo / accidente de trabajo / enfermedad profesional); usufructuando la misma a partir del dia inmediato posterior a la fecha en que cesa la causal invocada.

Atentamente.

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_