

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 día inmediato posterior a la fecha en que cesa la causal invocada.

Atentamente.

Firma: _____

Aclaración: _____

Documento: _____