**FORMULARIO**

**ADICIONAL POR TRABAJOS INSALUBRES O PELIGROSOS**

|  |
| --- |
| **ART.157º Y SUS MODIFICACIONES - ORDENANZA Nº1368/86- E.O.E.M****IMPORTANTE****LLENAR CLARAMENTE LOS DATOS EN LOS RECUADROS****DATOS DEL AGENTE****Apellidos y Nombres completos:  \_\_\_\_\_****Legajo Nro.:     \_\_\_****CUIL:   \_\_\_\_****Área Prestación de Servicio: \_\_\_\_\_\_****Dependencia:   \_\_\_\_\_\_\_****SAN FERNANDO DEL VALLE DE CATAMARCA,** haga clic para escribir una fecha SOLICITO ADICIONAL POR ENFERMEDAD CONTRAIDA EN EL LUGAR DE TRABAJO COMO INSALUBRES O PELIGROSAS. **ATENTAMENTE. \_****NOTA**: Presentar junto con fotocopia de Recibo de Sueldo actual. |