**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. |