**FORMULARIO**

**SOLICITUD BAJA DE ADICIONALES**

|  |
| --- |
| **IMPORTANTE****LLENAR CLARAMENTE LOS DATOS EN LOS RECUADROS****DATOS DEL AGENTE****Apellidos y Nombres completos:  \_\_\_\_\_****CUIL:     \_\_\_****Legajo Nro.:     \_\_\_****DNI Nro.:   \_\_\_\_****Área Prestación de Servicio: \_\_\_\_\_\_****Dependencia:   \_\_\_****Adicional que poseo actualmente:   \_\_\_****Adicional que deseo percibir:   \_\_\_****SAN FERNANDO DEL VALLE DE CATAMARCA,** haga clic para escribir una fecha SOLICITO DAR DE BAJA AL ADICIONAL ANTES MENCIONADO PARA LA PERCEPCION DE OTRO QUE ESTABLECE IMCOMPATIBILIDAD CON EL MISMO.**ATENTAMENTE. \_****NOTA**: Presentar junto con fotocopia de Recibo de Sueldo actual. |