**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. |