

REGIMEN DE INCOMPATIBILIDAD HORARIA - AÑO 2024



APELLIDO Y NOMBRE:.....

Domicilio:.....

CUIL:

Legajo:

Telefono:

E-Mail:.....

DEPENDENCIA	CARGO, MÓDULOS Y/O HORAS	Situación de Revista	HORARIO						FIRMA AUTORIDAD (en original)
			Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	