

*"El Río Atuel también es Pampeano"*

**CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS**

Empleador Certificante:			C.U.I.T. n°:		
Domicilio :		n°:	Localidad:		Provincia:
Teléfono:		Correo Electrónico :			Código Postal:
N° Inscripción:				Fuente documental de lo que certifica:	

Apellido y Nombre/s del afiliado:					Fecha nacimiento: / /	
Afiliado n°:		DNI n° :		Expedida por :		C.U.I.T. n°:

SERVICIOS PRESTADOS CARACTER DE LOS SERVICIOS(1)	DESDE			HASTA			TIEMPO			OBSERVACIONES
	D	M	A	D	M	A	D	M	A	
TOTAL NOMINAL										
(2) TOTAL DE INTERRUPCIONES										

Extinción del contrato de trabajo o relación de empleado público

SI:.....

Fecha :

--	--	--

NO:.....

DETALLES DE LAS INTERRUPCIONES	DETALLE DE LICENCIA POR ENFERMEDAD CON 50% DE HABERES U OTROS CON REDUCCION DE SUELDOS

DOMICILIO DE RADICACION DE LA FUENTE DOCUMENTAL:
OBSERVACIONES:

Lugar y Fecha:
Empleador o Autorizado:
DNI n°:
Firma y Sello del Empleador o Autorizado

(1) Certificar si son: Comunes, Diferenciados, docentes, docentes frente alumnos o policiales

(2) Consignar la suma de toda inasistencia sin goce de sueldo, licencia sin goce de haberes, etc.

## CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS DOCENTES

*Formulario 17 (vuelta)*

DETALLE DE CARGOS Y SERVICIOS FRENTE ALUMNO											
CARGO O ASIGNATURA	CURSO	DIVISIÓN MODALI.	HS.	TITULAR INTERINO SUPLENTE	ALTA			BAJA			DFA (*)
					D	M	A	D	M	A	

(\*) Consignar con **SI** o **NO** si los servicios fueron prestados al Frente Directo de Alumnos.

Firma y Sello