

**PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA
AGOSTO 2017**

FACULTAD/ SECRETARIA

Agente:

Legajo:

Día	Entrada	Firma	Salida	Firma
1				
2				
3				
4				
5		SABADO		SABADO
6		DOMINGO		DOMINGO
7				
8				
9				
10				
11				
12		SABADO		SABADO
13		DOMINGO		DOMINGO
14				
15				
16				
17				
18				
19		SABADO		SABADO
20		DOMINGO		DOMINGO
21		FERIADO		FERIADO
22				
23				
24				
25				
26		SABADO		SABADO
27		DOMINGO		DOMINGO
28				
29				
30				
31				

DECISION ADMINISTRATIVA Nº 104/2001

Por la presente, certifico con carácter de declaración jurada, en mi condición de titular de la dependencia arriba mencionada que la persona ha cumplimentado la prestación de servicios correspondiente al mes AGOSTO del año 2017.

Firma Director General del Área/
Autoridad Inm Superior Competente

Sello

VºBº Autoridad Superior

Sello