

**PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA  
JUNIO 2017**

**FACULTAD/ SECRETARIA**

**Agente:**

**Legajo:**

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

**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 JUNIO del año 2017.

-----  
Firma Director General del Área/  
Autoridad Inm Superior Competente

Sello

-----  
VºBº Autoridad Superior

Sello