

**PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA
OCTUBRE 2017**

FACULTAD/ SECRETARIA

Agente:

Legajo:

Día	Entrada	Firma	Salida	Firma
1		DOMINGO		DOMINGO
2				
3				
4				
5				
6				
7		SABADO		SABADO
8		DOMINGO		DOMINGO
9		FERIADO		FERIADO
10				
11				
12				
13				
14		SABADO		SABADO
15		DOMINGO		DOMINGO
16				
17				
18				
19				
20				
21		SABADO		SABADO
22		DOMINGO		DOMINGO
23				
24				
25				
26				
27				
28		SABADO		SABADO
29		DOMINGO		DOMINGO
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 OCTUBRE del año 2017.

Firma Director General del Área/
Autoridad Inm Superior Competente

Sello

VºBº Autoridad Superior

Sello