

**PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA
SEPTIEMBRE 2017**

FACULTAD/ SECRETARIA

Agente:

Legajo:

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

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 SEPTIEMBRE del año 2017.

Firma Director General del Área/
Autoridad Inm Superior Competente

Sello

VºBº Autoridad Superior

Sello