



Municipalidad de Olavarría

Formulario 20

AUTORIZACION DE CAMBIO DE DEPENDENCIA

Dirección de Personal y Recursos Humanos

Olavarría,

DATOS PERSONALES		Legajo
Apellido y Nombre/s		
Agrupamiento	Régimen	

DEPENDENCIA DE ORIGEN	
Secretaría	
Dependencia	
Días y horarios de trabajo	
Antigüedad en la función	
Tareas desempeñadas	
Motivo del cambio	

NUEVA DEPENDENCIA	Fecha de Inicio
Secretaría	
Dirección	
Dependencia	
Días y horarios de trabajo	
Tareas a desempeñar	
Observaciones	

IMPORTANTE:

Si el cambio de dependencia requiere modificación en el REGIMEN HORARIO o el AGRUPAMIENTO del/la trabajador/a, adjuntar nota correspondiente. El presente cambio de dependencia queda respaldado por el artículo N°8 de la Ley 14.656 - Régimen Marco de Empleo Municipal

.....
Firma y aclaración del/la Trabajador/a

.....
Sello y Firma del Superior inmediato

.....
Sello y Firma de la Directora de Personal

.....
Sello y Firma del/la Subsecretario/a

.....
Sello y Firma del/la Secretario/a