

FECHA DE SOLICITUD

DEPARTAMENTO / SECCIÓN

PERÍODO SOLICITADO (Máximo 90 días)

FUNCIONARIOS/AS PARA QUIENES SE SOLICITAN HORAS							CONFORMIDAD DEL/A FUNCIONARIO/A
APELLIDOS / NOMBRE	Nº DE CARGO	CARGA HORARIA	HÁBILES	INHÁBILES	HÁBILES NOCTURNAS	INHÁBILES NOCTURNAS	FIRMA

INFORME DEL/LA SUPERVISOR/A - FUNDAMENTACIÓN

Se deja constancia que la solicitud no presenta incompatibilidades con el usufructo de otras compensaciones al Personal TAS (Régimen de Dedicación Compensada) y que los funcionarios no exceden el tope en su jornada diaria laboral según lo establecido en los Arts. 5 y 6 – Reglamentación sobre Autorización y Pago de Horas extras.

FIRMA SOLICITANTE

FIRMA JEFE O SUPERIOR INMEDIATO