

FECHA DE SOLICITUD

DEPARTAMENTO / SECCIÓN

PERÍODO SOLICITADO

FUNCIONARIOS/AS PARA QUIENES SE SOLICITA HORARIO NOCTURNO - DETALLE

APELLIDOS / NOMBRE	Nº DE CARGO	CANTIDAD DE HORAS NOCTURNAS MENSUALES

INFORME DEL/LA SUPERVISOR/A - FUNDAMENTACIÓN

Se deja constancia que la presente solicitud no presenta incompatibilidades con el régimen de dedicación compensada, de acuerdo a lo establecido en el artículo 2º de la Ordenanza del Régimen de Dedicación Compensada TAS

FIRMA SOLICITANTE

FIRMA JEFE O SUPERIOR INMEDIATO