

ASIGNACIÓN PRENATAL

DEPENDENCIA.....
CARGO O CATEGORÍA.....
SITUACIÓN DE REVISTA.....
ANTIGÜEDAD MINIMA CONTINUADA.....

Presentar en la dependencia de mayor antigüedad (mínima requerida **tres (3) meses** conforme Ley N° 780/79) Acompañar Certificado Médico visado por Dirección de Auditoría Médica de la Provincia.

DATOS DEL/LA DECLARANTE:

APELLIDO Y NOMBRE	DOC. DE IDENTIDAD N°	DOMICILIO

DATOS DEL CÓNYUGE:.....

CERTIFICADO MEDICO EXPEDIDO POR	FECHA DE PRESUNTO EMBARAZO	FECHA PROBABLE DE PARTO

.....
LUGAR Y FECHA

.....
FIRMA DEL/LA DECLARANTE

.....
ACLARACIÓN

CERTIFICO: Que los datos consignados precedentemente son exactos.

Lugar y fecha.....

FIRMA Y SELLO ACLARATORIO DEL JEFE:.....

SELLO OVAL