DIRECCIÓN OBRA SOCIAL EMPLEADOS MUNICIPALES

PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL

APELLIDO Y NOMBRE PROFESIONAL:.....
ESPECIALIDAD:.....
MES:.....

N° LEGAJO AFILIADO:.....
APELLIDO Y NOMBRE:.....
EDAD:.....

FECHA			FIRMA AFILIADO
DIA	MES	AÑO	

....

Lugar y fecha de entrega Firma y sello del profesional