

* Original



Poder Judicial
Santiago del Estero

SOLICITUD
LICENCIA POR RAZONES DE SALUD
(Enfermedad Grave / Art. 115-118)

✦ _____ ✦

Organismo: _____ **Fecha** ___/___/___

Jurisdicción: _____

- Quien solicita _____

DNI _____ licencia por salud a partir del día _____.

Adjuntando así, informe de la Junta Médica de Tribunales.

Firma / Aclaración



* Duplicado



Poder Judicial
Santiago del Estero

SOLICITUD
LICENCIA POR RAZONES DE SALUD
(Enfermedad Grave / Art. 115-118)

✦ _____ ✦

Organismo: _____ **Fecha** ___/___/___

Jurisdicción: _____

- Quien solicita _____

DNI _____ licencia por salud a partir del día _____.

Adjuntando así, informe de la Junta Médica de Tribunales.

Firma / Aclaración