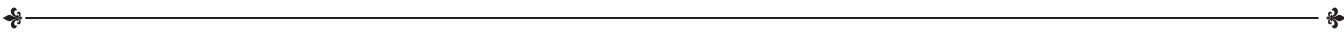




**SOLICITUD**  
**LICENCIA POR RAZONES DE SALUD**  
(Enfermedad Familiar / Art. 113 y 113 bis)

\* Original



**Organismo:** \_\_\_\_\_

- Quien solicita \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ licencia por salud por enfermedad familiar

de (nombre y vínculo) \_\_\_\_\_

a: Domicilio  Consultorio  a partir del día de la fecha.

\_\_\_\_\_  
Firma del receptor del pedido / Aclaración

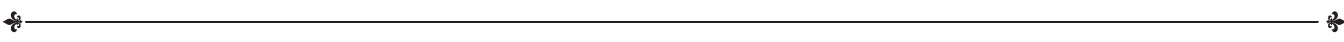
Observaciones .....



\* Duplicado



**SOLICITUD**  
**LICENCIA POR RAZONES DE SALUD**  
(Enfermedad Familiar / Art. 113 y 113 bis)



**Organismo:** \_\_\_\_\_

- Quien solicita \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ licencia por salud por enfermedad familiar

de (nombre y vínculo) \_\_\_\_\_

a: Domicilio  Consultorio  a partir del día de la fecha.

\_\_\_\_\_  
Firma del receptor del pedido / Aclaración

Observaciones .....