



## COMUNICACIÓN AUSENCIAS

Dr. /DRA. \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Residente de \_\_\_\_\_ año de MFyC. Pertenciente al Área Sanitaria \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ correo electrónico \_\_\_\_\_

Desde (fecha): \_\_\_\_\_

Hasta (fecha): \_\_\_\_\_

Motivo de la ausencia:

Vacaciones

Permiso Maternal

Licencia por matrimonio

Otros. Indicar (1)

IT

(1) Indicar otros motivos

Fecha y firma,