



Municipalidad de Rosario  
Dirección General de Personal

Rosario, ..... De ..... de 20.....

## Formulario de Franquicias Licencia por Lactancia

Original

**A completar por el Agente**

**Datos del Agente:**

Legajo N°																			
Apellido/s																			
Nombre Completo																			
Documento	Tipo	L.C. / L.E. / D.N.I.	N°																

.....  
Firma del Agente

**A completar por el Médico**

Marque con una cruz la resolución de la Licencia (Solo uno)

Autorizada

**Datos de la Licencia:**

Fecha Desde		/		/		Fecha Hasta		/		/	
-------------	--	---	--	---	--	-------------	--	---	--	---	--

NO Autorizada

.....  
Firma del Médico