

Universidad de la República - Facultad de Medicina "Instituto de Higiene "Prof. A. Berta"



CONTRALOR DE ASISTENCIA NO DOCENTE (COMPLEMENTO DE TARJETA)								Nro Tarjeta		
Departamento o Sección					Nom	Nombre N			Mes	Año
Correo del funcionario					Correo del supervisor					
			COMIS	IÓN O SA	LIDA AU'	ΓORIZA	DA			
Días Horas			Motivo							
COMISIÓN										
О										
SALIDA AUTORIZADA										
ARTÍCULO 15]			
	Día:		Día:		Día:		D	ía:		
	Hora:		Hora:		Hora:		Н	ora:		
				CAMBIO I	DE HORA	RIO				
Días										
Horario a cum	nplir									
		I	1				I			
				COMP	ENSABLI	Ξ				
Días										
Cantidad de h	oras									
Observación										
	1									

MARCAS INCOMPLETAS							
Día:	Día:	Día:	Día:				
Hora:	Hora:	Hora:	Hora:				





CONTROL SECCIÓN PERSONAL	VERIFICADO POR PERSONAL