Planilla de Asistencia del Personal de UDH –

Nº de Oficina		Interno		PERIODO / al /

Correo electrónico **Hoja nº**

Legajo Nº	Apellido y Nombre	Entrada Firma	Hora	Salida Firma	Hora	FECHA

Observaciones:……..

Firma y sello aclaratorio * **Carácter:**

** obligatorios

[1] **Recuerde enviar la presente al finalizar la segunda semana de cada mes y otra al final de la cuarta de cada mes, contando con la asistencia acreditada a los efectos de evitar posibles descuentos. Dirección de Personal – Pedido Médico- 52852817**
CE: asistencias@fmed.uba.ar