

ANEXO | “FORMULARIO - ADICIONAL ACTA N° 16/19”

DATOS DEL AGENTE:

APELLIDO/S Y NOMBRE/S: _____

NUMERO DE CUIL: _____

DOMICILIO REAL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

CELULAR: _____

MARQUE LA OPCIÓN CORRECTA

1. Declaro la veracidad y exactitud de todos los datos consignados en los documentos e información que estoy presentando, con el fin de percibir el “Adicional Estímulo por Capacitación en Enfermería”, creado mediante Acta de Negociación Colectiva N° 16/19.	SI	NO
2. Revisto como auxiliar de enfermería, enfermero/a profesional o licenciado/a en enfermería.	SI	NO
3. Me encuentro cursando una tecnicatura, carrera de grado o posgrado de enfermería. Indique nombre de la carrera en curso e institución:	SI	NO
4. Conozco y acepto la normativa que regula el “Adicional Estímulo por Capacitación en Enfermería” y el compromiso de las obligaciones que de aquellas resultan.	SI	NO
5. Percibo un beneficio similar al “Adicional Estímulo por Capacitación en Enfermería” Si es afirmativo, indique cuál:	SI	NO
6. Registro una evaluación de desempeño negativa en el año anterior.	SI	NO
7. Registro sanciones disciplinarias en el año anterior.	SI	NO

DOCUMENTACIÓN PRESENTADA

1. Certificado de alumno regular.	SI	NO
2. Copia de DNI.	SI	NO
3. Plan de estudios.	SI	NO
4. Certificado analítico de calificaciones.	SI	NO
5. Otros. Indique cuáles:		

En caso que se compruebe la falsedad en la información que he brindado para percibir el “Adicional Estímulo por Capacitación en Enfermería”, declaro conocer y aceptar el cese sin más trámite de la percepción del mismo, encontrándome obligado/a a restituir el importe del beneficio percibido indebidamente.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los del mes de de 20....., quien suscribe presenta este formulario ante la DIRECCIÓN GENERAL DE DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL DEL MINISTERIO DE SALUD DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES.

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI