

## FORMULARIO DE CONTROL HORARIO

### 1. DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRES y APELLIDOS	Mes/Año

### 2. CARGO ACTUAL

DOCENTE		NO DOCENTE		Dependencia donde Trabaja

Denominación	Esc.	Gdo.	Carga Horaria

Artículo 15			
Dia	Desde	Hasta	Total

Cambio de Horario		
Dia	Desde	Hasta

Horas Compen.	
Semana	Total

Franqueo	
Semana	Total

Omisión Reg.		
Día	Ent.	Sal.

Salidas en Comisión											
Dia	Desde	Hasta	Total	Lugar		Dia	Desde	Hasta	Total	Lugar	

Horas Extras y/o nocturnas											
Dia	Habiles	Inhábiles	Dia	Habiles	Inhábiles	Dia	Habiles	Inhábiles	Dia	Habiles	Inhábiles
1			6			11			16		
2			7			12			17		
3			8			13			18		
4			9			14			19		
5			10			15			20		

Dia	Habiles	Inhábiles	Dia	Habiles	Inhábiles	Dia	Habiles	Inhábiles
21			26			31		
22			27			TOTALES		
23			28			Total Hs. Noct.		
24			29			Total Ext. Hab.		
25			30			Total Ext. Inhab.		

Firmas

_____ Funcionario	_____ Superior Directo	_____ Director/a
----------------------	---------------------------	---------------------

<u>Uso exclusivo de Depto. Personal</u>
---