

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ENTRE RÍOS**  
**Asignación Horarios Prestación de Servicios**

Quien suscribe, deja constancia que el agente \_\_\_\_\_ D.N.I N° \_\_\_\_\_  
deberá cumplir los horarios de prestación de servicios que a continuación se detallan:

<b>Funciones, cargos y ocupaciones</b>	
	Repartición, Dependencia, Oficina, Facultad
a	
b	
c	
d	
e	
f	
g	
h	
i	
j	
k	
l	

<b>Cuadro demostrativo del cumplimiento de horarios</b>														
Ref.	Dom		Lun		Mar		Mié		Jue		Vie		Sáb	
	de	a	de	a	de	a	de	a	de	a	de	a	de	a
4a														
4b														
4c														
4d														
4e														
4f														
4g														
4h														
4i														
4j														
4k														
4l														

Conste.-

\_\_\_\_\_  
Firma

Notificación Agente

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_