**“2020 Año del Congreso Pedagógico”**

**Emergencia Sanitaria-COVID 19-Dcto. Nº 488/2020-Memo Nº…….**

**ACTA DE AUTORIZACION RETIRO DE ACTUACIONES**

 El/La que suscribe Sr/Sra.………………………………………………………………………………., DNI Nº…………………, domicilio en……………………………………………………………, en mi carácter de Director Gral./Director/Jefe de Dpto., del área de…………………………………………….., en virtud del Dcto. Nº 1205/16 del INSTITUTO DE COOLONIZACION, Provincia del Chaco, AUTORIZO al Sr/a…………………………………………………………., personal P.P, PC, Becado, DNI Nº………………….., Domicilio………………………………………………….a retirar Expedientes, Actuaciones Simples, y toda documentación necesaria que requieran a fin de tramitar los trabajos encomendados por el jefe inmediato, bajo su responsabilidad en el citado domicilio en el/los que deberán ser devueltos al área pertinente una vez finalizado los mismos, bajo debida constancia de su devolución correspondiente.

**DESCRIPCION DE LAS DOCUMENTACIONES:**

.

Fecha: …….……………………. Hora: ………………………………..

…………………………………… ……………………………………..

 Firma del Agente Firma del Jefe Inmediato