|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha** | Haga clic aquí para escribir una fecha. |

En mi carácter de Funcionario actuante, dejo constancia deque el SOLICITANTE se ha presentado a la Audiencia de Acuerdos Espontáneos cuyos datos se detallan a continuación:

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **DATOS DEL SOLICITANTE** |
| Nombre y Apellido |       | DNI |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **2** | **DATOS DE LA AUDIENCIA** |
| Expediente | EX–20     -       -APN-DSCLO#MT |  |  |
| Fecha de Audiencia |       | Hora de Inicio |       | Hora de Finalización |       |

Asimismo, se informa que conforme al Artículo 63 de la Ley Nº 18.345, y Disposición SECLO Nº 52.404 quien acuda a una Audiencia de Conciliación y preste servicios en relación de dependencia tendrá derecho a faltar a sus tareas, sin perder su remuneración, durante el tiempo necesario para acudir a la citación.

|  |
| --- |
|  **FIRMA y ACLARACIÓN DEL FUNCIONARIO** |
|       |