CORDOBA\_\_\_ DE OCTUBRE 2021

**SOLICITA REVISION DE CATEGORIZACION**

SEÑOR DIRECTOR

DR. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HOSPITAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S / D.

El que suscribe la presente ………………………………………………………………., DNI N° ……………………………., en su calidad de agente dependiente del Ministerio de Salud, en el Hospital …………………………………………., categoría…………………………., tiene el agrado de dirigirse a Uds. y por su digno intermedio ante quien corresponda a los siguientes efectos:

Que atento lo prescripto por el art. 32, 33, 34, 62, 63 y 78 de la Ley 7625, viene por el presente a solicitar la revisión de la categorización y de la permanencia de cargo, conforme a derecho y a la normativa legal en vigencia, dado que NO FIGURA MIS DATOS EN EL DECRETO 000535, EXPEDIENTE Nº 0425-423358/2021, en lo cual tengo las condiciones de acceder a dicho derecho y beneficio.-

Que la situación fáctica actual, dado el incumplimiento de la Ley 7625 en el otorgamiento de la categoría que en la realidad le corresponde, le causa un gravamen, razón por la cual formula el presente pedido para que en aras de su potestad proceda conforme a derecho.-

Cabe recordar que en el acuerdo de paritaria firmada en el transcurso del año, se acordó dos categorías a los agentes.

Sin otro particular, y a la espera de una pronta y favorable respuesta, solicitando se le otorgue el trámite que por ley corresponde, saluda a usted muy atentamente.