



## GESTIÓN DE USUARIOS SGRRRHH

Módulo Funciones

Rev. 2

### JURISDICCIÓN

N°

Denominación

--	--

**Limpiar Formulario**

SE SOLICITA			USUARIO				OFICINA		PERFIL OPERADOR
<i>(marque la opción que requiera)</i>			<i>(Usuario para el que se solicita se realice alguna gestión en SGT)</i>						<i>(Indique según referencia)</i>
Habilitar	Modificar	Baja	CUIL CUIL	Apellido y Nombre	Teléfono / Celular	Correo electrónico	CUOF-ANEXO-UNGI	Denominación	Número(s)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	- -	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	- -	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	- -	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	- -	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	- -	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	- -	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	- -	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	- -	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	- -	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	- -	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	- -	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	- -	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Referencia	1- Administrador Jurisdiccional
Perfil	2- Responsable Unidad Organizativa
Operador	3- Operador Designado
	4- Consulta

.....  
Nombre y Apellido o Sello Director - Responsable - Máxima Autoridad      Correo Electrónico / Telefono      Oficina      Firma      DNI      Fecha

\* Si el formulario es enviado por Correo Intitucional personal no es necesario la firma del director o Responsable o maxima autoridad