

**Acta de Inicio de Funciones**

En la ciudad de....., a los ..... Días del mes de....., se deja constancia que el/la Sr./Sra. ..... DNI N.º ..... toma posesión de sus funciones con fecha...../...../....., en el cargo designado/a mediante Decreto N.º....., correspondiente a la Planta Período de Prueba, Categoría/Nivel:....., prestando servicios en ..... dependiente del Ministerio de Salud.

Se entrega al/la agente copia de su designación.

La presente acta se firma a pedido de la Dirección Provincial de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, y a los efectos que estime corresponder.

Lugar y fecha: ...../...../.....

Nombre y Apellido: .....

.....  
Firma y Aclaración del/de la Agente

.....  
Firma y Sello Superior Inmediato/a