MENDOZA, 01 AGO 2024

VISTO:

El EXP-SUDOCU Nº **17903/2024**, donde obra el pedido de renuncia condicionada conforme a lo establecido en el Decreto Nacional N° 8820/1962, solicitado a partir del 01 de agosto de 2024, presentado por la Prot. Dra. Adriana Nélida POLETTO a los efectos de poder iniciar sus trámites jubilatorios, y;

CONSIDERANDO:

Que corre agregado el Formulario Nº 1 de la Ordenanza Nº 44/2022-R., donde la Prot. Dra. POLETTO, solicita a partir del 01 de agosto de 2024, la respectiva renuncia condicionada conforme a lo establecido en el Decreto Nacional N° 8820/1962, en el cargo detallado en el mismo,

Que corre agregado el Formulario Nº 2, sobre la Renuncia Condicionada, donde la Dirección de Recursos Humanos de esta Facultad informa la situación de revista de la Prot. Dra. POLETTO;

Que corre agregado el informe de la Dirección de Seguridad Social dependiente de la Dirección General de Personal del Rectorado,

Por ello y en uso de las atribuciones conferidas en el Artículo 9º de la Ordenanza Nº 32 del día 27 de junio de 2016, y sus modificatorias del Rector,

El DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
RESUELVE

ARTÍCULO 1°.- Aceptar la RENUNCIA CONDICIONADA, conforme a lo términos establecidos en el Decreto Nacional N° 8820/1962, **del siguiente Personal DOCENTE UNIVERSITARIO:**

1. Datos Personales del Docente	
Apellido y Nombres	**POLETTO, Adriana Nélida**
D.N.I	**13998819**
CUIL o CUIT	**27-13998819-7**
Legajo N°	**18364**

El/los cargo/s donde se solicita la renuncia condicionada:

TUG. Omar Walter GUTIERREZ
DIRECCTOR GENERAL DE ADMINISTRACION

Prof.Esp. Patricia Silvia ECHAGARAY
SECRETARIA ACADEMICA

Prof. Od. Carlos H. BOSSHARDT
DECANO

Res. Nº 098

2. Descripción del Cargo:	
Denominación del Cargo	**Profesor Titular**
Dedicación(*)	**Exclusiva**
Carácter (**)	**Efectivo**
Nº de Resolución de designación	**182/2019 CS**

3. Término de la última designación	
Desde	**15-04-2019**
Hasta (***)	

(*) (Simple, semiexclusiva o exclusiva)
(**) (Efectivo, interino, reemplazante, suplente o contratado)
(***) (Sólo en el caso que el carácter de la designación fuese: interino, reemplazante, suplente o contratado)

4. Espacio/s Curricular/es (Cátedra o Asignatura o Área o Seminario o Taller): (*)	
1)	**Diagnóstico por Imágenes I y II**

(*) Si no encuadra en ninguna de estas clasificaciones consigne la función que cumple.

5. Denominación de la Unidad Académica	
Dependencia o Facultad	**Odontología**
Subdependencia (*)	**Odontología**

(*) Carreras o Departamentos o Áreas, etc.

6. Fecha de la Renuncia Condicionada	
DIA **(*)**	**01 (primero)**
MES **(*)**	**Agosto**
AÑO **(*)**	**2024**

ARTÍCULO 2°: Remitir a la Dirección de Seguridad Social dependiente de la Dirección General de Personal del Rectorado UNA (1) copia digital de la presente resolución.

ARTÍCULO 3°: Comuníquese e insértese en el libro de Resoluciones de esta Facultad.-

RESOLUCION Nº 098

TUG. Omar Walter GUTIERREZ
DIRECCTOR GENERAL DE ADMINISTRACION

Prof.Esp. Patricia Silvia ECHAGARAY
SECRETARIA ACADEMICA

Prof. Od. Carlos H. BOSSHARDT
DECANO