

FORMULARIO DE SOLICITUD DE LICENCIA / JUNTA MÉDICA



FECHA:

1. DATOS PERSONALES			
APELLIDO Y NOMBRE:			
DNI:		TELÉFONO:	
FECHA DE NACIMIENTO:			
<i>DOMICILIO ACTUAL</i>			
Calle:			
Nro:	Piso:	Dpto:	
Barrio:			
Localidad:		Provincia:	
MINISTERIO/ SECRET./AGENCIA:			
ESTABLECIMIENTO DONDE PRESTA SERVICIOS:			
CARGO:		ANTIGÜEDAD:	
TELÉFONO LABORAL:			
<i>SITUACION DE REVISTA</i>			
Permanente <input type="checkbox"/>	Contratado <input type="checkbox"/>	Interino <input type="checkbox"/>	Suplente <input type="checkbox"/>
Se ha realizado el Exámen de Aptitud Psico Física? (Seleccione el que corresponde)		SI	NO
2. SOLICITUD DE LICENCIA POR			
<i>(Seleccione el que corresponde)</i>			
CARPETA MÉDICA	<input type="checkbox"/>	NRO DE INCIDENTE:	
JUNTA MÉDICA	<input type="checkbox"/>		
Detalle de la solicitud / Autorización			
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>			
DOCUMENTACION QUE LO ACREDITA (1)			
(1) a. Antecedentes y estudios médicos en original o copia certificada por la dependencia. b. Comprobantes respaldatorios que acrediten el motivo de la ausencia c. Toda otra documentación que se considere necesaria para justificar la inasistencia.			
			_____ FIRMA DEL AGENTE

3. VISADO DE LA SECTORIAL DE PERSONAL

He visto y controlado la documentación adjunta, dérivese a la Dirección de Salud Ocupacional / Reconocimientos Médicos.

(Tache lo que no corresponde)

FIRMA DEL DIRECTOR DE
JURISDICCION DE PERSONAL

4. DIRECCION DE SALUD OCUPACIONAL

Fecha:

JUNTA MÉDICA

Ref. expte N°:

Certifico que el/la Sr/Sra. _____ DNI N° _____
se encuentra en condiciones de desempeñar tareas prorroga/alta a partir del día
____/____/____ por el término de _____

Observaciones:

CARPETA MÉDICA

La Dirección de Salud Ocupacional procede a justificar / no justificar la carpeta médica solicitada por el agente.

Observaciones:

Firma del médico

Aclaración:

Matrícula:

Firma del Agente

Aclaración:

Fecha de Notificación: