

# Formulario de solicitud de licencia por enfermedad

Región: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_

Nº: 25-000.000.000

## Datos del Agente

Docente:

Auxiliar:

RUAMeL Nº: \_\_\_\_\_

Tipo

Nº Documento

Sexo:



M

F

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

## Domicilio Real:

Calle: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_

Piso: \_\_\_\_\_

Dto: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_

## Domicilio Accidental:

Calle: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_

Piso: \_\_\_\_\_

Dto: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_

## ESTABLECIMIENTOS EN DONDE PRESTA SERVICIO

Establecimientos	Cargo	Sit. Revista

Solicita Licencia titular:

\* Solicita licencia por familiar enfermo

(\*Completar y firmar declaración jurada)

## DECLARACIÓN JURADA POR FAMILIAR ENFERMO

Declaro bajo juramento, ser la única persona a cuyo cargo está \_\_\_\_\_

APELLIDO Y NOMBRE DEL ENFERMO

a quién me une

Cónyuge

Hijo

Padre

Hermano

Y carece de otro familiar a tal efecto. Con absoluta veracidad y pleno conocimiento de la reglamentación, firmo la presente declaración.

FIRMA DEL AGENTE

## EXCLUSIVO DEL MEDICO AUDITOR

RESOLUCION:

Denegada

Otorgada

Guardar reposo SI

NO

Artículo: \_\_\_\_\_

Inciso: \_\_\_\_\_

Días aconsejados: \_\_\_\_\_

Desde \_\_\_\_\_

Hasta \_\_\_\_\_

CODIGO DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO INTERVINIENTE

RUAMeL Nro: \_\_\_\_\_

Artículo: \_\_\_\_\_

Inciso: \_\_\_\_\_

Carpeta Nro: \_\_\_\_\_

Certifico que el agente: \_\_\_\_\_

Necesita \_\_\_\_\_

días de licencia a partir del : \_\_\_\_\_

Debiendo guardar reposo

SI

NO

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO MEDICO INTERVINIENTE