

Formulario exclusivo de solicitud de licencia para ATENCIÓN FAMILIAR MENOR DE 15 AÑOS

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

DECLARACIÓN JURADA POR FAMILIAR ENFERMO

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

_____ APELLIDO Y NOMBRE DEL ENFERMO

_____ DOCUMENTO

_____ EDAD

a quién me une

Hijo

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

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 : _____

Código CIE: _____

LUGAR Y FECHA: _____

FIRMA Y SELLO MEDICO INTERVINIENTE

DIRECCION DE SALUD LABORAL

Buenos Aires
LA PROVINCIA

Dirección General de
Cultura y Educación



TALON PARA EL AGENTE

Dirección General de
Cultura y Educación
Buenos Aires
LA PROVINCIA
DIRECCION DE SALUD LABORAL