

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

DIRECCION DE SALUD LABORAL

Buenos Aires LA PROVINCIA

Dirección General de Cultura y Educación

TALON PARA EL AGENTE

