

Formulario de solicitud de licencia por enfermedad

Región: _____ Distrito: _____ N°: 25-000.000.000

DIRECCION DE SALUD LABORAL

Datos del Agente

Docente: Auxiliar:

RUAMeL N°: _____ Sexo:
 Tipo N° Documento M F

Apellido y Nombre: _____

Domicilio Real: Calle: _____ N° _____

Piso: Dto.: Localidad: Distrito:

Domicilio Accidental: Calle: _____ N° _____

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)

DECLARACION JURADA POR FAMILIAR ENFERMO

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

APELLIDO Y NOMBRE DEL ENFERMO

a quien me une Cónyuge Hijo Padre Hermano

Y carece de otro familiar a tal efecto. Con absoluta veracidad y pleno conocimiento de la Reglamentación, firma la presente declaración. _____
 FIRMA DEL AGENTE

EXCLUSIVO DEL AUDITOR MEDICO

RESOLUCION: Denegada Otorgada Guardar Reposo SI NO

Artículo: _____ Inciso: _____ Días aconsejados: _____ Desde _____ Hasta _____

CODIGO DIAGNOSTICO: _____

OBSERVACIONES: _____ FIRMA DEL MEDICO ENTREVINIENTE



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

Buenos Aires LA PROVINCIA

Dirección General de Cultura y Educación



TALON PARA EL AGENTE