|  |
| --- |
| **MINISTERIO DE EDUCACIÓN - CORRIENTES CENTRO DE RECONOCIMIENTOS MEDICOS**  **MINISTERIO DE HACIENDA Y FINANZAS SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO MEDICO** |
| D.N.I. DEL SOLICITANTE: ................................................................... APELLIDO y NOMBRES: ................................................................................................................................  DOMICILIO: ..............................................................................................................................................LOCALIDAD: ........................................................................................  LUGAR DE TRABAJO / ESTAB.: [ .4253.... ] ...INSTITUTO SUPERIOR SANTA LUCIA.................. DEPTO: ...LAVALLE............. CUE: 1801766-00  AGENTE ENFERMO [ ] SOLICITA RECONOCIMIENTO MEDICO A : DOMICILIO [ ] CONSULTORIO [ ]  FAMILIAR ENFERMO [ ] PARENTESCO: .......................................................... APELLIDO Y NOMBRES: .........................................................................................  DOMICILIO / INTERNADO EN: ................................................................................................ SALA: ....................................................................... CAMA: ......................  DIAS CONCEDIDOS CON ANTERIORIDAD POR ART. 8a : .............. 8b : ........... 8c : ............ 10c : ............ 12 : ................ 13 : ............... 13g : ..............  34b : .............. 132 : ............. 141 : ............... 152 : .............. 153 : .............. 155 : ............ ...............  ( En caso de no tener Licencias anteriores, trazar raya - no deben quedar blancos)  SE ADJUNTA : Certif. Médico [ ] Historia Clínica [ ] Dec.Jur.Fam.a cargo [ ] Otros [ ]    .............................................................................. FECHA:......../......../........ HORA.: ..........-..........  Firma y Sello  DIRECCION / DPTO.DE PERSONAL  **INFORME MEDICO OFICIAL**  SE ACONSEJA JUSTIFICAR: ......................................................... [...............] DIAS  DESDE: ........../.........../........... HASTA: .........../........../........... ART.: .................    ............................................................................. FECHA: ........./........../.......... HORA : .........-.......... .........................................................  Notificado y a disposición del agente Firma y Sello MEDICO FISCAL |
| A LA DIVISIÓN DE PERSONAL DEL NIVEL ………………………………………………………………………...: Con la conformidad de esta Dirección, se eleva a sus efectos.  FECHA:........./........./......... HORA : .........-......... …………………...............................  Firma y sello  DIRECCIÓN |
| Form. SRM-01 b Cortar por la línea de puntos y enviar a la Dirección de Recursos Humanos |
| **MINISTERIO DE EDUCACIÓN - CORRIENTES CENTRO DE RECONOCIMIENTOS MEDICOS**  **MINISTERIO DE HACIENDA Y FINANZAS SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO MEDICO** |
| D.N.I. DEL SOLICITANTE: ................................................................... APELLIDO y NOMBRES: ................................................................................................................................  DOMICILIO: ...................................................................................................................................................LOCALIDAD: ........................................................................................  LUGAR DE TRABAJO / ESTAB.: [ .4253.... ] ...INSTITUTO SUPERIOR SANTA LUCIA.................. DEPTO: ...LAVALLE............. CUE: 1801766-00  AGENTE ENFERMO [ ] SOLICITA RECONOCIMIENTO MEDICO A : DOMICILIO [ ] CONSULTORIO [ ]  FAMILIAR ENFERMO [ ] PARENTESCO: .......................................................... APELLIDO Y NOMBRES:........................................................................................  DOMICILIO / INTERNADO EN: ..................................................................................................... SALA: .................................................................. CAMA: ......................  DIAS CONCEDIDOS CON ANTERIORIDAD POR ART. 8a : .................. 8b : .............. 8c : .............. 10c : ............ 12 : .................. 13 : ............... 13g : .................  34b : ................. 132 : ............... 141 : .............. 152 : .............. 153 : .............. 155 : ............... ..:................    ( En caso de no tener Licencias anteriores, trazar raya - no deben quedar blancos)  SE ADJUNTA : Certif. Médico [ ] Historia Clínica [ ] Dec.Jur.Fam.a cargo [ ] Otros [ ]      .............................................................................. FECHA:......../......../........ HORA.: ..........-..........  Firma y Sello  DIRECCION / DPTO.DE PERSONAL  **INFORME MEDICO OFICIAL**  SE ACONSEJA JUSTIFICAR: ......................................................... [...............] DIAS  DESDE: ........../.........../........... HASTA: .........../........../........... ART.: .................    ............................................................................. FECHA: ........./........../.......... HORA : .........-.......... .........................................................  Notificado y a disposición del agente Firma y Sello MEDICO FISCAL |
| A LA DIVISIÓN DE PERSONAL DEL NIVEL ………………………………………………………………………...: Con la conformidad de esta Dirección, se eleva a sus efectos.  FECHA:........./........./......... HORA : .........-......... ..................................................  Firma y sello  DIRECCIÓN |
| Form. SRM-01 b Cortar por la línea de puntos y enviar a la Dirección de Recursos Humanos |