

FORMULARIO DE JUSTIFICACIÓN DE LICENCIA POR ENFERMEDAD

(Este documento tiene carácter de declaración Jurada)

1- DATOS PERSONALES

Apellido y Nombres: CUIL:

Correo electrónico declarado en CIDI: Tel. Particular:

Calle: Nro.: Piso: Dpto.:

Manzana Lote:

Barrio: Localidad: Provincia:

Datos Adicionales del domicilio:

Pedido de Justificación:

Desde Hasta N° de Incidente Fecha de Solicitud de Carpeta Médica

☐ Solicitud de Carpeta Médica Propia ☐ Solicitud de Carpeta Médica por Familiar

Apellido y Nombre del Familiar

2- TRÁMITE DE JUSTIFICACIÓN

Motivo por el cual realiza el trámite de justificación:

- ☐ No recibí la visita del médico de control domiciliario (MCD)
- ☐ No estuve presente en el domicilio al momento de la visita del MCD.
- ☐ Desacuerdo con la justificación o injustificación de días por parte del MCD.
- ☐ Solicitud de carpeta médica fuera del área de cobertura

Fundamentación:

Comentarios de Aspectos Legales

Firma del Responsable

3 - DIRECCIÓN DE MEDICINA LABORAL

La dirección de Medicina Laboral, en uso de sus atribuciones y competencias específicas, **RESUELVE:**

Justificar la Carpeta Médica solicitada: ☐ SI ☐ NO Desde Hasta

Ley: Artículo inc.: Apart.: Código de Diagnóstico:

Fecha de notificación al agente:

Firma del Médico

Aclaración:

Matricula:

Firma del Responsable