



LICENCIA MEDICA

CONFORME A LO SOLICITADO POR EL AGENTE, EL FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR EL ENCARGADO DE PERSONAL Y REMITIDO A LA DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS

REGISTRAR FECHA Y N° DE EXPEDIENTE

DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDO Y NOMBRE: _____ **AFILIADO N°:** _____

CUIL N°: _____ **REPARTICION DE DEPENDENCIA PRESUP. :** _____

REPARTICION CON PRESTACION DE SERVICIOS: _____

CONDICION DE REVISTA: Planta Permanente Planta Interina Planta Temporaria / **TAREAS QUE REALIZA:** Operativas
 Técnicas Administrativas Profesionales

TIPO DE NOTA MEDICA:

A DOMICILIO LUGAR DONDE SE ENCUENTRA EL AGENTE AL MOMENTO DE LA SOLICITUD
 A CONSULTORIO SEDE DE LA DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS . MEDICINA LABORAL

FECHA DE EMISION: / / 20.....

Encargada de Personal. Firma y Sello

DEPARTAMENTO MEDICINA LABORAL,/...../ 20.....

Este Departamento de Medicina Laboral a través de el Dr./la Dra.,.

RESUELVE JUSTIFICAR la Nota Médica emitida el/...../ 20....., desde el día/...../20..... hasta el día...../...../20..... por un total dedías. **Licencia médica** encuadrada en el Dto.n° **EH 337/77**-Dto. Prov. n° **505**
Articulo/s:

Solicitante . Firma y Aclaración

SE NOTIFICA DE LA RESOLUCION EMITIDA POR EL DEPTO. MEDICINA LABORAL

Médico Auditor RRHH . Firma y Sello

COMPROBANTE PARA EL SOLICITANTE . MUNICIPALIDAD DE SAN MIGUEL DE TUCUMAN

Referencia: NOTA MEDICA EXPTE. N°:..... / Fecha de emisión:/...../20.....
Solicitante..... Afiliado n°.....

DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS

DEPARTAMENTO MEDICINA LABORAL,/...../ 20.....

Este Departamento de Medicina Laboral a través de el Dr./la Dra.,.

RESUELVE JUSTIFICAR la NOTA MÉDICA emitida el // 20....., desde el día // 20..... hasta el día /...../ 20..... por un total de días.
Licencia médica encuadrada en el Dto.n° **EH 337/77**- Dto. Prov. n° **505**.
Articulo/s:

Médico Auditor RRHH . Firma y Sello