



FORMULARIO DE LICENCIA POR ENFERMEDAD

TIPO DE AUDITORIA

PRESENCIAL

☐

VIRTUAL

☐

ESPECIALIZADA

☐

DOMICILIARIA

☐**DATOS DEL AGENTE**

APELLIDO Y NOMBRE

EDAD

CUIL

TELÉFONO DE CONTACTO

DOCENTE

☐

AUXILIAR

☐

DOMICILIO REAL

DOMICILIO ACCIDENTAL

CODIGO DE LICENCIA ID

CMZ/CMR

TIPO DE LICENCIA

TITULAR

☐

CUIDADO FAMILIAR ENFERMO

☐

MATERNIDAD

☐**RESULTADO DE LA AUDITORIA MEDICA**

OTORGADA

☐

AUSENTE

☐

DENEGADA

☐

ESPECIALIDAD

DIAGNÓSTICO (CIE 10)

DURACION

DESDE

 /

 /

SE ACONSEJA EVALUACION POR JUNTA MEDICA

☐

NOTAS:

 /

 /

FECHA

FIRMA DEL AGENTE

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO AUDITOR