

FORMULARIO DE JUNTA MEDICA

DATOS DEL AGENTE

APELLIDO Y NOMBRE

CUIL TELÉFONO DE CONTACTO EDAD

 DOCENTE (1) ☐ AUXILIAR (2) ☐

DOMICILIO REAL

CODIGO DE LICENCIA ID CMZ

MOTIVO DE SOLICITUD

 LICENCIA ☐

 READECUACION
DE TAREAS ☐

 RAZONES DE
PROFILAXIS ☐

 SERVICIOS PROVISORIOS POR RAZONES DE
ENFERMEDAD/ REUBICACION LABORAL ☐

 TRASTORNOS DEL
EMBARAZO ☐

DICTAMEN

ESPECIALIDAD

DIAGNÓSTICO (CIE 10)

 A.- AUSENTE ☐

 B.- LICENCIA ☐

 OTORGADA ☐

DURACION DESDE / /

 DENEGADA ☐

C.- READECUACION DE TAREAS

 OTORGADO ☐

DURACION DESDE / /

TAREAS VEDADAS

 DENEGADO ☐

D.- SERVICIOS PROVISORIOS POR RAZONES DE ENFERMEDAD/ REUBICACION LABORAL

 OTORGADO ☐

DURACION DESDE / /

EL AGENTE NO DEBE

 DENEGADO ☐

 SE ACONSEJA JUBILACION POR INCAPACIDAD ☐ SI ☐ NO

E.- NOTAS

 / /
 FECHA

 FIRMA AGENTE

 FIRMA Y SELLO DEL MEDICO
AUDITOR

 FIRMA Y SELLO DEL MEDICO
AUDITOR