

FORMULARIO DE LICENCIA POR ENFERMEDAD



DATOS DEL AGENTE

APELLIDO Y NOMBRE

EDAD SEXO MASCULINO ☐ FEMENINO ☐

CUIL TELÉFONO DE CONTACTO DISTRITO

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

AUSENTE ☐

DENEGADA ☐

OTORGADA ☐

DIAGNÓSTICO (CIE 10)

DÍAS ACONSEJADOS DESDE/...../.....

CON ALTA LABORAL ☐ SI/...../..... ☐ NO

CON NUEVO EXAMEN ☐ SI/...../..... ☐ NO

SE ACONSEJA EVALUACION POR JUNTA MEDICA ☐

FECHA:/...../.....

.....
FIRMA DEL AGENTE

.....
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO AUDITOR