

FORMULARIO DE JUNTA MEDICA



DATOS DEL AGENTE

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

APELLIDO Y NOMBRE

CUIL TELÉFONO DE CONTACTO DISTRITO

EDAD SEXO MASCULINO ☐ FEMENINO ☐

DOCENTE (1) ☐ AUXILIAR (2) ☐

DOMICILIO REAL

CODIGO DE LICENCIA ID CMZ

MOTIVO DE SOLICITUD

LICENCIA ☐ CAMBIO DE FUNCIONES / REASIGNACION DE TAREAS ☐ RAZONES DE PROFILAXIS ☐ SERVICIOS PROVISORIOS POR RAZONES DE ENFERMEDAD/ REUBICACION LABORAL ☐

DICTAMEN

A.- AUSENTE ☐

ESPECIALIDAD

DIAGNÓSTICO (CIE 10)

B.- LICENCIA ☐ DENEGADA ☐

DESDE/...../..... HASTA/...../.....

NUEVO EXAMEN ☐ SI/...../..... ☐ NO ALTA ☐ SI/...../..... ☐ NO

ARTICULO: (1) ☐ 114.A.1. ☐ 114 A.2. ☐ 114 A.2.8 ☐ 114 D1.10.

(2) ☐ 49

C.- CAMBIO DE FUNCIONES/REASIGNACION DE TAREAS

☐ OTORGADO

DESDE/...../..... HASTA/...../.....

EL AGENTE NO DEBE

☐ DENEGADO REINTEGRO A TAREAS HABITUALES:/...../.....

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

☐ OTORGADO

DESDE/...../..... HASTA/...../.....

EL AGENTE NO DEBE

☐ DENEGADO

SE ACONSEJA JUBILACION POR INCAPACIDAD ☐ SI ☐ NO

E.- OBSERVACIONES

.....
.....

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

FIRMA AGENTE

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO
AUDITOR

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO
AUDITOR