


CONSTANCIA DE VISITA

STRO 1814555/100

Nombre del Establecimiento Instituto parroquial Pío XII  
N° CUIT 30-67760464-2  
Dirección Padre Buteler s/n Localidad Despeñadero  
Teléfono 03547-492342 Fax.....  
Actividad Principal EDUCACIÓN  
Nombre del Accidentado Adán, María Belén  
N° CUIL 27-26112657-0  
Diagnóstico Nódulos en cuerdas vocales  
Puesto de Trabajo Docente

Comentarios y Recomendaciones que surgen de la visita

Referente Lucas Nacif (representante legal)  
Se realiza la visita a evaluar puesto de trabajo de la paciente. La misma deberá evitar el uso continuo y forzado de la voz de manera permanente desestimando la utilización del micrófono frente al alumnado ni la replicación de jornada laboral. Se solicita la reubicación a otro puesto de trabajo acorde a las indicaciones arriba mencionadas. La empresa acepta indicaciones solicitando plazo legal de 15 días para dar una respuesta formal.

  
T.O. MARIA SOLEDAD SORIA  
TERAPISTA OCUPACIONAL  
M.P. 7935

Firma y Sello del Profesional

Firma de la Empresa

Buenos Aires, 30 de octubre de 2014  
Córdoba





RED DE SERVICIOS  
ODONTOLÓGICOS Y MÉDICOS

**GALENO ART**

**SOLICITUD DE REUBICACIÓN**

Fecha: 30-10-2014

**EMPRESA:** Instituto Pamoquial Pw XII  
**Te:** 03547-492342  
**Referente:** Lucas Macif

**Trabajador:** Adan, Maria Betén  
**Nº de Caso:** 1814555/100  
**Puesto anterior:** Docente  
**Puesto sugerido:** Administración o tareas que no impliquen uso de la voz.

De acuerdo a la Resolución 216/03 de la SRT. Art 7 Inc e) solicitamos a Usted, nos informe en plazo no superior a los QUINCE (15) días hábiles, si dará curso a la solicitud de reubicación laboral del trabajador y de no ser posible dicha reubicación indicar los motivos.

En el caso que su reubicación no fuera posible, se continuara con la etapa de Formación (a cargo de esta Aseguradora) resol 216/03 y 1300/04.

☐ **SI** hay un puesto para su reubicación.  
- Nombre del puesto:  
- Tareas

☐ **NO** hay puesto disponible. Indicar los motivos que imposibilitan la misma.

**Motivos:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

T.O. MARIA SOLEDAD SORIA  
TERAPISTA OCUPACIONAL  
M.P. 7935

.....  
Firma de la empresa

.....  
Firma del profesional

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

1962

1962

1962

1962

1962

1962

1962

1962

1962

1962

1962

1962

1962

1962

1962

1962

1962

1962

1962

1962

1962

1962

1962

1962

1962

1962