FORMULARIO (SR-01): SOLICITUD DE RECONOCIMIENTOS MÉDICOS

 LEY N° 647- E (ANTES LEY N° 3529) **V 1.0**

REPARTICIÓN:

………………………………………………….

 (Lugar) (Fecha)

RECONOCIMIENTOS MÉDICOS DE

…………………………………………………..

 (Establecimiento Sanitario)

Solicito que practique Reconocimiento Médico al/la

Docente:………………………………………………………………….Doc. Nro…………………………..

Con domicilio en:……………………………………………………………………………………………….

Percibe Bonificación por Zona por residir en:……………………………………………………………….

Revista como TITULAR INTERINO SUPLENTE

e inasiste desde el:………………………………………………………..

El pedido es a CONSULTORIO……………………

DOMICILIO/ INTERNACIÓN en ……………………………………………………………………………...

FUERA DEL LUGAR DE RESIDENCIA, en…………………………………………………………………

FAMILIAR ENFERMO: Apellido y Nombres: ……………………………………………………………….

 Parentesco con el/la Docente:…………………………………………………….

 Domicilio/ Internado en:……………………………………………………………

LICENCIAS USUFRUCTUADAS HASTA LA FECHA.

DÍAS

MOTIVOS

 ……………………………………

 Firma y Sello

……………………………………………………………………………………………………………………

RECONOCIMIENTOS MÉDICOS DE………………………………………………………………………..

 (Establecimiento Sanitario)

…………………………………………………….

 (Lugar) (Fecha)

 En la Fecha SI No se ha practicado

Reconocimiento médico a:……………………………………….Doc. N°…………………………………

y SI NO se justifica licencia por…………………………….desde el………………………..

hasta el…………………………………….por……………………………………………….días corridos.-

NO SE JUSTIFICA POR……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………..

 Firma y Sello