

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO MEDICO

(PERSONAL DOCENTE – Resolución Nº 049/14 R. UNCAus)

Pcia. Roque Sáenz Peña, Chaco,..... de..... de 20.....

Al Responsable del Área de Servicio de Control Medico UNCAus:

De conformidad con lo establecido por Resolución Nº 049/14 R. UNCAus.
Solicítase el reconocimiento médico del agente cuyos datos se detallan a continuación:

Apellido y Nombres:.....

Fecha de Nacimiento:...../...../..... D.N.I. Nº.....

Antigüedad reconocida:..... años. Domicilio:

No asiste a sus tareas desde el día..... de..... de 20.....

Cargo que desempeña:.....

Motivo de la Inasistencia: Enfermedad Común – Enfermedad Familiar – Licencia Maternidad = 90
Enfermedad Largo Tratamiento (1er. Pdo. = 30)
(2do. Pdo. = 60)



SR. JEFE DEL AREA PERSONAL:

Al agente:.....

Se le ha practicado el reconocimiento médico solicitado y conforme la Resolución Nº 049/14 R. UNCAus. comprobándose que se encuentra acreditada el motivo de las mismas aconsejando se justifiquen las mismas desde..... Hasta.....

Cantidad de Días:.....

Motivo de la inasistencia: Enfermedad Común – Enfermedad Familiar – Licencia Maternidad = 90
Enfermedad Largo Tratamiento (1er. Pdo. = 30)
(2do. Pdo. = 60)

Diag.:.....

Pcia. Roque Sáenz Peña, Chaco,..... de..... de.....