

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO MEDICO
(PERSONAL NO DOCENTE – DECRETO 366/06 C.C.T. Res. Nº 049/14 R. UNCAus)

Pcia. Roque Sáenz Peña, Chaco, de de 20

Al Responsable del Área de Servicio de Control Médico UNCAus:

De conformidad con lo establecido por Resolución Nº 049/14 R. UNCAus solicitase 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 – Lic. Maternidad = 90 días
Enfermedad Largo Tratamiento (1er. Pdo =30días)
(2do. Pdo=60días)

.....
Firma y sello



SR. JEFE DEL AREA DE PERSONAL:

Al Agente:

Se le ha practicado el reconocimiento médico solicitado y conforme la Resolución Nº 049/14 R UNCAus y el Decreto 366/06 C.C.T. comprobándose que se encuentra acreditada el motivo de su inasistencia aconsejando se justifiquen las mismas desde Hasta.....

Cantidad de Días:

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

Diag.:

Pcia. Roque Sáenz Peña, Chaco, de de 20

.....
Firma y Sello