|  |  |
| --- | --- |
| **MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA DE CORRIENTES**CENTRO DERECONOCIMIENTOS MEDICOSMINISTERIO DE HACIENDA Y FINANZAS**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO MEDICO** |  |
| **D.N.I. DEL SOLICITANTE**: ....................................**APELLIDO y NOMBRES**: ..................................................................................................DOMICILIO: ................................................................................................................................. LOCALIDAD: ..............................................LUGAR DE TRABAJO / ESTAB.: **Instituto Superior “Josefina Contte”.**  DEPTO: CAPITAL. CUE: 180114500.-AGENTE ENFERMO [ ]. SOLICITA RECONOCIMIENTO MEDICO A: DOMICILIO [ ]. CONSULTORIO [ ]FAMILIAR ENFERMO [ ] PARENTESCO: ......................................... APELLIDO Y NOMBRES: .................................................................DOMICILIO / INTERNADO EN: ............................................................................................................ SALA: .................... CAMA: .............. |
| DIAS CONCEDIDOS CON ANTERIORIDAD POR ART.: 8a: .................. 8b: ................... 8c: .................... 10c: .................... 12 : ................... 13: ..................... 13g: ....................34b: …................ 132: ................... 141: ................... 152: ................... 153: ................... 155: .................. ( En caso de no tener Licencias anteriores, trazar raya - no deben quedar blancos) **SE ADJUNTA**: Certificado Médico [ ] - Historia Clínica [ ] - Declaración Jurada Familiar a cargo [ ] - Otros [ ] |
|   |  | **FECHA:**......../......../........ **HORA.:** ..........-.......... |
| **SELLO** | **FIRMA** |
| **DIRECCION / DPTO.DE PERSONAL** |
| **INFORME MEDICO OFICIAL**SE ACONSEJA JUSTIFICAR: ......................................................... [...............] DIAS  DESDE: ........../.........../........... HASTA: .........../........../........... ART.: ......................... |
|  | **FECHA:**......../......../........ **HORA.:** ..........-.......... |  |
| Notificado y a disposición del agente | Firma y SelloMEDICO FISCAL |
| A LA DIVISIÓN DE PERSONAL DEL NIVEL……………….........................................................................: Con la conformidad de esta Dirección, se eleva a sus efectos. FECHA:........./........./......... HORA: .........-......... …….....................................  Firma y sello DIRECCIÓN  |

* **- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -**

**Cortar por la línea de puntos y enviar a la Dirección de Recursos Humanos**

|  |  |
| --- | --- |
| **MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA DE CORRIENTES**CENTRO DERECONOCIMIENTOS MEDICOSMINISTERIO DE HACIENDA Y FINANZAS**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO MEDICO** |  |
| **D.N.I. DEL SOLICITANTE**: ....................................**APELLIDO y NOMBRES**: ..................................................................................................DOMICILIO: ................................................................................................................................. LOCALIDAD: ..............................................LUGAR DE TRABAJO / ESTAB.: **Instituto Superior “Josefina Contte”.**  DEPTO: CAPITAL. CUE: 180114500.-AGENTE ENFERMO [ ]. SOLICITA RECONOCIMIENTO MEDICO A: DOMICILIO [ ]. CONSULTORIO [ ]FAMILIAR ENFERMO [ ] PARENTESCO: ......................................... APELLIDO Y NOMBRES: .................................................................DOMICILIO / INTERNADO EN: ............................................................................................................ SALA: .................... CAMA: .............. |
| DIAS CONCEDIDOS CON ANTERIORIDAD POR ART.: 8a: .................. 8b: ................... 8c: .................... 10c: .................... 12 : ................... 13: ..................... 13g: ....................34b: …................ 132: ................... 141: ................... 152: ................... 153: ................... 155: .................. ( En caso de no tener Licencias anteriores, trazar raya - no deben quedar blancos) **SE ADJUNTA**: Certificado Médico [ ] - Historia Clínica [ ] - Declaración Jurada Familiar a cargo [ ] - Otros [ ] |
|   |  | **FECHA:**......../......../........ **HORA.:** ..........-.......... |
| **SELLO** | **FIRMA** |
| **DIRECCION / DPTO.DE PERSONAL** |
| **INFORME MEDICO OFICIAL**SE ACONSEJA JUSTIFICAR: ......................................................... [...............] DIAS  DESDE: ........../.........../........... HASTA: .........../........../........... ART.: ......................... |
|  | **FECHA:**......../......../........ **HORA.:** ..........-.......... |  |
| Notificado y a disposición del agente | Firma y SelloMEDICO FISCAL |
| A LA DIVISIÓN DE PERSONAL DEL NIVEL……………….........................................................................: Con la conformidad de esta Dirección, se eleva a sus efectos. FECHA:........./........./......... HORA: .........-......... …….....................................  Firma y sello DIRECCIÓN  |