|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA DE CORRIENTES**  CENTRO DERECONOCIMIENTOS MEDICOS  MINISTERIO 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 Sello  MEDICO 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 MEDICOS  MINISTERIO 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 Sello  MEDICO 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 | | | | | |