

Legajo/CUIL N°

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
Apellido y Nombre

.....
Cargo o función que desempeña

.....
Sector o escuela que trabaja

Solicito días de licencia por Art Inc Ap de la Ley 5811.

A partir del día/...../201..... hasta...../...../201.....

Adjunto

Domicilio actual: N° Tel E-mail.....

Departamento Distrito

Mendoza de de 201....

Firma:

El Servicio de Auditoría Médica **CERTIFICA** la existencia de las causales invocadas y recomendadas por el médico tratante, por lo que otorga días de licencia de acuerdo con el Art Inc Ap del REGIMEN establecido por Ley 5811.

Inicia:/...../201....

Finaliza:/...../201....

ALTA / CONTROL en Junta Médica

Mendozade de 201....

Firma Junta Médica.....

Próximo turno: Fecha...../...../201.....Hora:.....

*Presentarse 15´ antes del turno

Dr./Dra.....

Debe presentar:

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 1-Solicitud de licencia (completa) | 2-Estudios originales y fotocopias |
| 3-Certificado del médico tratante | 4. Medicación. |
| 5- Protocolo quirúrgico. | |

CAMBIO DE TURNO:

- Razón de servicio