

Formulario de Justificación de Licencia por Enfermedad

(Este documento tiene carácter de Declaración Jurada)

1. DATOS PERSONALES AGENTE

APELLIDO Y NOMBRE: DNI:

E-MAIL PARTICULAR: TELÉFONO PARTICULAR:

CALLE: NRO.: PISO: DPTO.:

BARRIO: LOCALIDAD: PROVINCIA:

Pedido de Justificación desde Hasta N° de Incidente: Fecha de Solicitud de Carpeta Médica

Solicitud de Carpeta médica Propia.

Solicitud de Carpeta médica para familiar a cargo.

Apellido y Nombre del Familiar

Motivo de su ausencia

Firma del Agente

Documentación de acreditación: - Antecedentes y Estudios médicos en original. - Comprobantes respaldatorios que acrediten el motivo de la ausencia. - Toda otra documentación que se considere necesaria para Justificar la inasistencia.

2. DATOS DE LA SECTORIAL/DEPENDENCIA

Corrección de días Solicitado por el Agente Fecha: ___/___/___

MINISTERIO/SECRET./AGENCIA: EMPRESA:

ESTABLECIMIENTO DONDE PRESTA SERVICIOS:

CARGO: ANTIGÜEDAD:

TELÉFONO LABORAL: E-MAIL LABORAL:

El agente informa la inasistencia a la Sectorial/Dep./Establecimiento dentro de las 2 hs de inicio de su horario de trabajo. Si No

El agente realizó la solicitud dentro de los 2 días hábiles posteriores al reingreso a su lugar de trabajo. Si No

Período de inasistencia, desde hasta

SITUACIÓN DE REVISTA

Permanente Contratado Interino Suplente

Otro:

En el caso de que el agente revista otros roles indicar establecimiento cargo y empresa de los mismo y notificar a los establecimientos personalmente o telefónicamente

Firma Responsable

Establecimiento: Cargo Empresa

Establecimiento: Cargo Empresa

Establecimiento: Cargo Empresa

Establecimiento: Cargo Empresa

Establecimiento: Cargo Empresa

3. DIRECCIÓN DE SALUD OCUPACIONAL - CARPETA MÉDICA

La D.S.O. procede a justificar/corregir la Carpeta solicitada. Si No desde ___/___/___ hasta ___/___/___

Ley Art. Inc. Apart. Código de Diagnóstico

Observaciones:

Firma del Médico

Aclaración: _____

Fecha de Notificación: ___/___/___

Aclaración _____ Matrícula: _____

Firma del Agente