

## Formulario de Solicitud de Junta Médica

(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:

Nº de Incidente:  Fecha de Solicitud Carpeta Médica

Turno Junta Médica Nº Asignación:  Lugar y Domicilio:

Fecha:  Hora:  Especialidad:  Mesa:

Solicitud de Junta Médica: Ordinaria  Por Adecuación de tareas

¿Se ha realizado el Exámen de Aptitud Psico Física? Si  No   
En caso de no haberse realizado el apto queda notificado por el presente que debe pedir turno para examen apto psicofísico en su dependencia.

En caso de no asistir a la Junta, se le asignará nuevo turno, notificandole al e-mail y teléfono declarado

El certificado médico debe ser presentado debidamente codificado y no se debe entregar a la Sectorial/Dependencia.

En caso de no estar codificado, el agente presta conformidad.

Firma del Agente

### 2. DATOS DE LA SECTORIAL/DEPENDENCIA

Junta Médica de Oficio  Readequación de Tareas  Junta Médica Ordinaria  Fecha

MINISTERIO/SECRET./AGENCIA:  EMPRESA:

ESTABLECIMIENTO DONDE PRESTA SERVICIOS:

CARGO:  ANTIGÜEDAD:

TELÉFONO LABORAL:  E-MAIL LABORAL:

#### SITUACIÓN DE REVISTA

El agente realizó la solicitud 48 hs posterior a la visita del Médico de Control Domiciliario. SI  NO

Permanente  Contratado  Interino  Suplente  Otro:

En el caso de que el agente revista otro roles indicar establecimiento cargo y empresa de los mismo y notificarlos personalmente o telefonicamente.

Firma Responsable

Establecimiento:  Cargo  Empresa

Establecimiento:  Cargo  Empresa

Establecimiento:  Cargo  Empresa

Establecimiento:  Cargo  Empresa

Establecimiento:  Cargo  Empresa

### 3. DIRECCIÓN DE SALUD OCUPACIONAL - JUNTA MÉDICA

Ley  Art.  Inc.  Apart.  Código de Diagnóstico

Ley  Art.  Inc.  Apart.

Control de Junta Médica a los:  días. Días justificados desde  Hasta

Alta con reingreso a sus tareas habituales al:

Alta con adecuación de tareas al:

Certifico que el agente se encuentra en condiciones de desempeñar: Tareas Pasivas  Cambio de Ámbito  Cambio de área

El dictamen de J.M. es irrecorrable en los términos del Art. 78 Ley 5350. (T.O. 6658). Tareas Livianas  Reducción Horaria

Plazos desde  Hasta  Prorroga desde  Hasta

Permanentes (sólo para tareas pasivas para docentes) a partir de:  Observaciones

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma Junta Médica	Firma Junta Médica	Firma Junta Médica	

Notificación del dictamen de D.S.O al Agente y a la Sectorial

Aclaración  Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del Agente

Turno JM control Nº Asignación:  Fecha:  Hora:

Lugar:  Especialidad:

Mesa:

Firma del Agente