

# Formulario exclusivo de solicitud de licencia para ATENCIÓN FAMILIAR MENOR DE 15 AÑOS

Región: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_

Nº: 25-000.000.000

## Datos del Agente

Docente:

Auxiliar:

RUAMeL Nº: \_\_\_\_\_

Tipo

Nº Documento

Sexo:



M

F

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

## Domicilio Real:

Calle: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_

Piso: \_\_\_\_\_

Dto: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_

## Domicilio Accidental:

Calle: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_

Piso: \_\_\_\_\_

Dto: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_

## ESTABLECIMIENTOS EN DONDE PRESTA SERVICIO

Establecimientos	Cargo	Sit. Revista

## DECLARACIÓN JURADA POR FAMILIAR ENFERMO

Declaro bajo juramento, ser la única persona a cuyo cargo está:

APellido y nombre del enfermo

DOCUMENTO

EDAD

a quién me une

Hijo

Hermano

Y carece de otro familiar a tal efecto. Con absoluta veracidad y pleno conocimiento de la reglamentación, firmo la presente declaración.

FIRMA DEL AGENTE

## EXCLUSIVO DEL MEDICO AUDITOR

RESOLUCION:

Denegada

Otorgada

Artículo: \_\_\_\_\_

Inciso: \_\_\_\_\_

Días aconsejados: \_\_\_\_\_

Desde \_\_\_\_\_

Hasta \_\_\_\_\_

CODIGO DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO INTERVINIENTE

RUAMeL Nro: \_\_\_\_\_

Artículo: \_\_\_\_\_ Inciso: \_\_\_\_\_ Carpeta Nro: \_\_\_\_\_

Certifico que el agente: \_\_\_\_\_

Necesita \_\_\_\_\_ días de licencia a partir del : \_\_\_\_\_

Código CIE: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA:

FIRMA Y SELLO MEDICO INTERVINIENTE

DIRECCION DE SALUD LABORAL

Buenos Aires  
LA PROVINCIA

Dirección General de  
Cultura y Educación



TALON PARA EL AGENTE

