

FORMULARIO (SR-01): SOLICITUD DE RECONOCIMIENTOS MÉDICOS

LEY N° 647- E (ANTES LEY N° 3529)

V 1.0

REPARTICIÓN:

(Lugar)

(Fecha)

RECONOCIMIENTOS MÉDICOS DE

(Establecimiento Sanitario)

Solicito que practique Reconocimiento Médico al/la

Docente:.....Doc. Nro.....

Con domicilio en:.....

Percibe Bonificación por Zona por residir en:.....

Revista como TITULAR ☐ INTERINO ☐ SUPLENTE ☐

e inasiste desde el:.....

El pedido es a CONSULTORIO.....

DOMICILIO/ INTERNACIÓN en

FUERA DEL LUGAR DE RESIDENCIA, en.....

FAMILIAR ENFERMO: Apellido y Nombres:

Parentesco con el/la Docente:.....

Domicilio/ Internado en:.....

LICENCIAS USUFRUCTUADAS HASTA LA FECHA.

DÍAS									
MOTIVOS									

Firma y Sello

RECONOCIMIENTOS MÉDICOS DE.....

(Establecimiento Sanitario)

(Lugar)

(Fecha)

En la Fecha SI ☐ No ☐ se ha practicado

Reconocimiento médico a:.....Doc. N°.....

y SI NO se justifica licencia por.....desde el.....

hasta el.....por.....días corridos.-

NO SE JUSTIFICA POR.....

Firma y Sello