

Delegación: .....

.....

**ANEXO I – Apéndice “A” de la Res. N° \_\_ \_\_ /2014**

**NOTA CARÁTULA DE EXPEDIENTE**

N° \_\_\_\_\_ /201 \_\_ FECHA: \_\_ / \_\_ / \_\_

**INICIADOR:** .....

**ASUNTO:** PRESENTACIÓN DE EXAMEN PRE-OCUPACIONAL

**POSTULANTE:** .....

Por medio de la presente, solicito la Visación y/o Fiscalización de los documentos / estudios componentes del Examen Médico Pre-ocupacional que adjuntamos en soporte papel y en CD con archivos con extensión .PDF.

| 1 - DATOS DEL EMPLEADOR                        |  |  |
|--|--|--|
| Razón Social                                   | Domicilio Legal                                      |  |
| CUIT:  | TE:  | E-mail:  |
| Rama de Actividad:                             |  |  |
| 2 - DATOS DEL POSTULANTE                       |  |  |
| Apellido y Nombre                              | Domicilio Real                                       |  |
| CUIL:  | Edad:  |  |
| Designado para el Puesto de:                   | Lugar y fecha nacimiento:                            |  |
|  |  |  |
| 3 - DATOS DE LA ASEGURADORA                    |  |  |
| Designación:                                   |  |  |
|  |  |  |
| 4 - DATOS DEL MEDICO RESPONSABLE DEL EMPLEADOR |  |  |
| Matrícula:                                     | Apellido y Nombre:                                   |  |
| Juicio Médico de Aptitud:                      | Apto para la tarea asignada <input type="checkbox"/> | Apto con patología previa <input type="checkbox"/> |

|             | Empleador | Postulante | Médico |
|-------------|-----------|------------|--------|
| Firma:      |           |            |        |
| Aclaración: |           |            |        |