

FORMULARIO DE JUNTA MÉDICA
(Este formulario tiene carácter de Declaración Jurada)

1- DATOS PERSONALES Y LABORALES DEL AGENTE

Apellido y Nombre: DNI:

Localidad:

Correo electrónico declarado en CIDI: Teléfono particular:

Ministerio/Secretaría/Agencia: Teléfono laboral:

Cargo: Antigüedad:

Situación de revista: Permanente Contratado Interino Suplente

Especialidad: Lugar de Atención:

Junta Médica: Ordinaria Administrativa De Oficio

Declaro conocer y aceptar que la decisión recaída en el presente trámite será notificada mediante la modalidad de notificación electrónica dispuesta por Resolución Conjunta N° 1261/18 de la Secretaría General de la Gobernación y la Secretaría de Planeamiento y Modernización, siendo la misma válida, vinculante y plenamente eficaz.

Firma del Agente

2- DIRECCIÓN DE MEDICINA DEL TRABAJO - JUNTA MÉDICA

La Dirección de Medicina del Trabajo, en uso de sus atribuciones y competencias específicas, **RESUELVE:**

Fecha: Ley: Código Diagnóstico:

Licencia otorgada: Desde: Hasta: Cantidad de días:

Control Alta a tareas habituales al: Alta sin reintegro laboral (Administrativa) al:

Alta con: Tareas Pasivas Tareas Livianas Es prórroga: Si
 Traslado Reducción horaria No
 Cambio de área Tareas Pasivas Permanente (Solo Docentes)

Plazos Desde: Hasta: Expediente N°:

Desde: Hasta: Expediente N°:

Observaciones:

Firma Junta Médica

Firma Junta Médica

Firma Junta Médica

Firma del Agente