

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	☐	Apto con patología previa
		☐	☐

	Empleador	Postulante	Médico
Firma:			
Aclaración:			