

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:			