



JUNTA MÉDICA

RESOLUCIÓN MINISTERIAL 01072/06

MINISTERIO DE SALUD - GOBIERNO DE MENDOZA



CUIDADO DE FAMILIAR ENFERMO A CARGO - LEY 5811/92

REPARTICIÓN: 060212 *Municipalidad de Rivadavia (Mza)*

Zona: (Este)

Fecha en la que entró la información: ___/___/___

D.N.I. N°:

No completar, reservado para Oficina de Personal

APELLIDOS Y NOMBRES:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Teléfono:

Nacionalidad:

Estado Civil:

Tiene fiar a cargo en Obra Social/Municipal:

SI SI

Profesión / ocupación:

Fecha de ingreso a la Administración Pública:

Observaciones:

A partir del: ___/___/___.

VB. Oficina de Personal

Medicina Laboral

(Para ser tipiado por el Dpto. de Personal de la repartición correspondiente)

ESTE FORMULARIO DEBE SER PRESENTADO EN LA OFICINA DE PERSONAL DENTRO DE LAS 48 DE PRODUCIDA LA INASISTENCIA

CERTIFICADO MEDICO

Certifico haber constatado el estado de enfermedad de..... quien necesita los cuidados de su padre/madre por..... días a partir de la fecha.

(Lugar y Fecha)....., ___/___/20__ -

Firma y sello del Médico Tratante