



SOLICITUD DE LICENCIA POR ENFERMEDAD - LEY 581 I/92

REPARTICIÓN: 060212 *Municipalidad de Rivadavia (Mza)*

Zona: Este

Fecha en la que entró la información: __/__/____

No completar, reservado para Oficina de Personal

D.N.I. N°:

APELLIDOS Y NOMBRES:

Fecha de Nacimiento:/..../.... **Domicilio:** **Teléfono:**

Nacionalidad: **Estado Civil:**

Percibe salario Familiar: SI NO-**Tiene fiar a cargo en Obra Social/Municipal:** SI NO

Profesión / ocupación:

Fecha de ingreso a la Administración Pública:/..../....

Días de licencia por: Enfermedad Accidente de Trabajo Embarazo Cuidado de Fiar.

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 del solicitante, quien padece de: y se otorgan días de licencia para su tratamiento, debiendo guardar reposo a partir del __/__/20__ -

Internación Hospitalaria o Centro Asistencial: sí no

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

Firma y sello del Médico Tratante

LA PRESENTE CONSTITUYE DECLARACIÓN JURADA.



CUIDADO DE FAMILIAR ENFERMO A CARGO - LEY 581 I/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:/...../..... **Domicilio:**..... **Teléfono:**

Nacionalidad: **Estado Civil:**

Tiene fiar a cargo en Obra Social/Municipal: SI NO

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