



**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. Nº: .....

**APELLIDOS Y NOMBRES:** .....

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

**Nacionalidad:** ..... **Estado Civil:** .....

**Percibe salario Familiar:**  SI  NO **-Tiene fliar 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 Fliar.

**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.**