

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO MEDICO
DEP. HIGIENE Y SALUD DEL TRABAJADOR (N 2)**

ZONA:
LOCALIDAD:
FECHA:
DOCUMENTO N°:

Señor Jefe de H. y S. del Trab.

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., solicitando quiera tener a bien procurar el
RECONOCIMIENTO MEDICO para el agente que a continuación se cita.
Saludo a Ud., atentamente.

IDENTIFICACIÓN DEL AGENTE:

Apellidos: Molina
Nombres: Gustavo Nicolas
Domicilio: B° Cooperativa 1
Unidad de Organización: Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología

RECONOCIMIENTO MEDICO SOLICITADO A: (Marcar con "x" lo correspondiente)

Consultorio: Domicilio: Atención de Familiar a cargo:
Encuadre Legal:

ORIGINAL

TERMINO ABARCATIVO DE LA SUPLENCIA EN DIAS

LEY-ARTICULO DE ORIGEN DE LA SUPLENCIA

**DEP. HIGIENE Y SALUD DEL TRABAJADOR (N 2)
DEP. ASIST. SOCIO EDUCATIVA (N 2)**

D.A.P.E.

ZONA:
LOCALIDAD:
FECHA:
DOCUMENTO N°:

Apellidos: Molina
Nombres: Gustavo Nicolas
Domicilio: B° Cooperativa
Unidad de Organización: Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología

Comunico a Ud., que el agente del organismo mencionado se le ha conse-

dido: ... 10 Dias Licencia Artículo 48

Inciso C Punto I de la Ley 3840 / Decreto

partir del 10/02/25

Saludo a Ud., muy atentamente.



Dr. Marcelo Alcaraz
Médico Traumatólogo
M.P. 2120 MN 102126



Prof. Karina D. Brizuela
Secretaria
Sec. N° 108

Recibido: 13/02/25
HR 9:43:30

DUPLICADO

Firma Médico o responsable

Dr. Marcelo A. Alcaraz

Médico Cirujano
Especialista en Ortopedia y Traumatología
M.P. 2120 - MN 120126

Rp/

Flóvine Castro

Artículo (19)

Se ha cirugía, se
indica refuso por
lo del

Dr. Marcelo Alcaraz
Médico Traumatólogo
M.P. 2120 MN 120126

10/2/25