

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

ZONA: XIII
LOCALIDAD: Chañar (L.R.)
FECHA: 7/5/25
DOCUMENTO N° 23.948.083

Señor Jefe de H. y S. del Trab.:

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

IDENTIFICACION DEL AGENTE

Apellidos: CASTRO
Nombres: Ramona Carina
Domicilio: B° Santa Rita, Pública s/n (Chañar)
Unidad de Organización: Escuela N°14 "Justo José de Urquiza"



Prof. SILVA RITA
DIRECTORA INTERINA
ESCUELA N° 14
JUSTO JOSE de URQUIZA
CHANAR - L.R.

RECONOCIMIENTO MEDICO SOLICITADO A: (Marcar con "x" s/corresponde)

Consultorio Domicilio Atención de Familiar a cargo
Encuadre Legal:

ORIGINAL

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

ZONA: V
LOCALIDAD: Chañar (LR)
FECHA: 01-05-25
DOCUMENTO N° 23.948.083

D. A. P. E.

Apellidos: CASTRO
Nombres: Ramona Carina
Domicilio: B° Santa Rita, Pública s/n - Chañar
Unidad de Organización: Hosp. Dr. Omar B. Pérez - Ministerio de Salud Pública

Comunico a Ud., que el agente del organismo mencionado se le a concedido: 30 (treinta) Licencia Artículo 48
Inciso C Punto P. 2 de la Ley 3870 / Decreto - a partir del 01-05-2025.

Saludo a Ud., muy atentamente.

RITA DANIELA DE LA FUENTE
MEDICA
MP.2229

DUPLICADO

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
HOSPITAL SECCIONAL
Dr. OMAR PEREZ
CHANAR - LA RIOJA

Firma Médico o responsable

Dejo constancia por,

Costas, Rame Rame de

SI oia, TIR 23.48083,

Regu R - m el
femur en 30 de
el D - o

Dato II el con tras,

Hipote de para
Arer como plet

in truel por Regu
Ciguna, forte ante
Welm a trate el exp b
pore HO

RITA DANIELA DE LA FUENTE
MEDICA
MP. 2729

1/5/28


Firma y Sello