



DEPARTAMENTO DE RECONOCIMIENTOS  
MÉDICOS DELEGACIÓN CHILECITO.

REPARTICIÓN: ..... *Mm. de Educación* .....

COMUNICO A UD. QUE AL AGENTE DE ESE ORGANISMO: .....

..... *Florez Patricia Riano* ..... D.N.I. N°: *23.631.396* .....

SE LE HAN CONCEDIDO: *02 (dos)* ..... DÍAS DE LICENCIA MÉDICA DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR LA LEY /DECRETO N°: *2870* ART: *48* INC: *C* ..... PUNTO: *1* .....

A PARTIR DE: ..... *18* ..... / ..... *03* ..... / ..... *2025* .....

DADO EN CHILECITO, LA RIOJA EL ..... *19* ..... DE ..... *03* ..... DE ..... *2025* .....

\* "Punto 4: Los agentes en uso de licencia por razones de salud deberán cumplir el reposo y tratamiento indicado para su restablecimiento y no podrán ausentarse del lugar de su residencia sin la autorización escrita del Departamento de Reconocimientos Médicos"



*[Handwritten Signature]*  
DR. CARLOS A. CARMONA  
N.º P. 60  
RECONOCIMIENTOS MEDICOS  
AGENCIA CHILECITO - L.R.  
.....  
JEFE DELEGACIÓN