**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTOS MEDICOS F1**

Lugar: **Chepes** Fecha: **11/02/2025**

# IDENTIFICACION DEL AGENTE

APELLIDO Y NOMBRE: **MERCADO, GRISELDA MAGDALENA** DNI: **20.429.080** FECHA DE NACIMIENTO: **08/08/1968**

CEL: **0380 4384279** MAIL: mercadog749@gmail.com

DOMICILIO: **AV. BELGRANO 9098. B° BELGRANO** Nº: **9068** PISO:…….……

CIUDAD: **CHEPES** DEPARTAMENTO: **ROSARIO VERA PEÑALOZA**

# DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE: **ESCUELA NORMAL 03 JUAN F. QUIROGA** C.U.E.: **460092300** SITUACION DE REVISTA:

TITULAR  INTERINO/A SUPLENTE

X

# LLENAR EN CASO DE ATENCION FAMILIAR

A Y N DEL FAMILIAR: ……..………………………………D.N.I:..……………………. GRADO DE PARENTESCO: …………………………… EDAD:...............................

# DATOSDELMEDICOQUECERTIFICA

MEDICO TRATANTE:

A.Y N.:……………………………………………………… M.P:………

1. **RECONOCIMIENTOMEDICOPARA:**(Marcar con una cruz lo que corresponda)

Lic. por Carpeta Med. Carpeta Med. Atención Maternidad Consultorio Domicilio Familiar

SELLO DE INSTITUCION FIRMAY SELLO DIRECTIVOY/O RESPONSABLE

MAIL DE LA INSTITUCION: normal3juanfacundoquiroga@hotmail.com