

Legajo/CUIL N°

.....
Apellido y Nombre

.....
Cargo o función que desempeña

.....
Sector o escuela que trabaja

Solicito días de licencia por Art Inc. Ap. de la Ley 5811.

A partir del día/...../201.... hasta...../...../201....

Adjunto

Domicilio actual: N° Tel E-mail.....

Departamento Distrito

Mendoza de de 201....

Firma:

El Servicio de Auditoría Médica **CERTIFICA** la existencia de las causales invocadas y recomendadas por el médico tratante, por lo que otorgadías de licencia de acuerdo con el Art Inc. Ap del REGIMEN establecido por Ley 5811.

Inicia:/...../201....

Finaliza:/...../201....

ALTA / CONTROL en Junta Médica

ACUERDO PARITARIO :

N°

PROTECCION A LA MATERNIDAD:

Mendozade de 201....

Firma Junta Médica

Próximo turno: Fecha...../...../201.....Hora:

**Presentarse 15´ antes del turno*

Dr./Dra.....

Vacaciones no Gozadas :Dispone de días . Inicio a partir del Alta Medica y hasta/...../.....

Firma de Liquidaciones

Debe presentar el día del Turno en Junta:

1-Solicitud de licencia (completa)

2-Estudios originales y fotocopias

3-Certificado del médico tratante

4. Medicación.

5- Protocolo quirúrgico.

CAMBIO DE TURNO:

Razón de servicio

EN CASO DE NO ASISTIR AL TURNO SE CONSIDERARÁ COMO FALTA INJUSTIFICADA HASTA LA FECHA DE LLAMADO QUE DEBERÁ REALIZAR A LA EMPRESA DE CONTROL DE AUSENTISMO, DONDE PRESENTARÁ EL CERTIFICADO Y DARÁ INICIO AL PROCESO NUEVAMENTE POR ADMISIÓN.