

SOLICITUD DE JUNTA MEDICA

PERSONAL NO DOCENTE Ley 10430 - 10449 t.o.

RUAMeL N° (DNI): Agente:
Fecha:/...../.....

EXCLUSIVO DEL CONSEJO ESCOLAR

Sexo: Edad: Fecha Nac.:/...../..... Dirección: Ciudad:
Prov.: C.P. Teléfono: E-mail:

PUESTO/S DE TRABAJO ACTUAL/ES

Establecimiento Público	Ant.	Sit. Revista

.....
Firma del Agente

.....
Firma y Sello Director

Motivo de la Solicitud Encuadre de Licencia Reubicación Laboral
 Reasignación de Tareas Evaluar el grado de Incapacidad Previsional

EXCLUSIVO DEL MEDICO AUDITOR

Corresponde Realizar Junta Médica: **SI / NO** (*tachar lo que no corresponda*)

Motivo:

Observaciones:..... Firma y Sello Responsable Médico

Exclusivo de la Junta Médica **DICTAMEN**

JUNTA MEDICA ESPECIALIZADA EN

CODIGO CIE10

ENCUADRE DE LICENCIA

Desde el/...../..... hasta el/...../..... Imputarlas al Art.

NUEVO EXAMEN: **SI** (...../...../.....) **NO** CON ALTA: **SI** (...../...../.....) **NO**

Se Aconseja:

OPCION A) REASIGNACION DE TAREAS

SI desde el/...../..... hasta el/...../.....;

CON NUEVO EXAMEN **SI / NO** (*tachar lo que no corresponda*)

El agente no debe.....

OPCION B) REUBICACION LABORAL

SI desde el/...../..... hasta el/...../.....; CON NUEVO EXAMEN **SI / NO** (*tachar lo que no corresponda*)

El agente no debe.

OPCION C) REINTEGRO A LAS TAREAS HABITUALES

SI desde el/...../..... - **NO** (*tachar lo que no corresponda*)

Se aconseja remitir las presentes actuaciones a la Dirección de Medicina Ocupacional de la Provincia de Buenos Aires, a los efectos de evaluar grado de incapacidad laborativa con fines previsionales **SI / NO**

La junta médica no emite dictamen por el siguiente motivo.....

Nueva Citación/...../.....

Lugar Fecha/...../.....

Me Notifico

Firma del Agente

Firma v Sello Médico

Firma v Sello Médico

Firma v Sello Médico

DIRECCION DE SALUD LABORAL

Buenos Aires
LA PROVINCIA

Dirección General de
Cultura y Educación