

# FORMULARIO DE SOLICITUD DE LICENCIA POR ENFERMEDAD PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS / TERAPEUTICOS EN OTRO DISTRITO (Circular 02/2015 - Dirección de Salud Laboral)

**DIRECCION DE SALUD LABORAL**

**BA**

BUENOS AIRES PROVINCIA



TALON PARA EL AGENTE

Datos del Agente    Docente:     Auxiliar:     Sexo:    M     F

RUAMeL N°: \_\_\_\_\_ Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio Real:    Calle: \_\_\_\_\_    N° \_\_\_\_\_  
Piso:    Dto:    Localidad:    Distrito:

**ESTABLECIMIENTOS EN DONDE PRESTA SERVICIO**

Establecimientos	Cargo	Sit. Revista

**DECLARACION JURADA**

Declaro bajo juramento que por indicación de mi médico particular, el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a las \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas, se me realizarán procedimientos diagnósticos / terapéuticos ambulatorios, en la ciudad de \_\_\_\_\_, en la INSTITUCION \_\_\_\_\_ sito en la calle: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_; y que para la homologación final de la licencia médica por esta causal, al finalizar los días aconsejados por el Médico Auditor, presentaré originales del estudio, resultado y/o constancia de la práctica realizada.

(De no poder presentarme ante el médico auditor, autorizo como tercera persona para el trámite de la licencia ante el médico laboral a: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_, quién tendrá en su poder la copia fiel del original de la práctica médica indicada; y que para la homologación final de la licencia médica por esta causal, presentará originales del estudio, resultado y/o constancia de la práctica realizada.)

Con absoluta veracidad y pleno conocimiento de la reglamentación, firmo la presente declaración

FIRMA DEL AGENTE

**EXCLUSIVO DEL MEDICO AUDITOR:**

Estudio médico a realizar: \_\_\_\_\_ Código CIE 10: Z719 Consulta Médica

Artículo: \_\_\_\_\_ Inciso: \_\_\_\_\_ Días aconsejados: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma médico interviniente

Homologada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    SI     NO

Firma médico interviniente

**LICENCIA PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS / TERAPEUTICOS EN OTRO DISTRITO  
PENDIENTE DE HOMOLOGACION (Parte A)**

**BA**

RUAMeL N° \_\_\_\_\_ Artículo: \_\_\_\_\_ Inciso: \_\_\_\_\_ Código CIE: \_\_\_\_\_

Certifico que el agente: \_\_\_\_\_

Necesita \_\_\_\_\_ días de licencia a partir del: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y sello médico interviniente

**HOMOLOGACION DE LA LICENCIA (Parte B)**

Certifico que el agente cumplió con la presentación de la documentación médica necesaria para homologar la licencia aconsejada con fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y sello médico interviniente