

ANEXO I

FORMULARIO ÚNICO DE SOLICITUD DE JUNTA MÉDICA

APELLIDO Y NOMBRE:.....
DOCUMENTO DE IDENTIDAD N'..... LEGAJONº.....
FECHA DE NACIMIENTO:
DOMICILIO ACTUALIZADO:.....
TELÉFONO:..... MAIL PERSONAL:
NIVEL DE INSTRUCCIÓN:
(Primario, Secundario, Terciario y/o Universitario)

ENTE EMPLEADOR:.....

MAIL INSTITUCIONAL:
(Para recepción de citaciones a Junta médica)

FECHA DE INGRESO: CESE: REINGRESO:
(Según cada caso)

FUNCIÓN O TAREA QUE REALIZA:.....

CAMBIOS DE FUNCIÓN y/o DE TAREAS:
(Si hubo reingreso Informar, tarea que realizaba y/o tarea que realiza)

APORTE A OTRAS CAJAS:.....

EXAMEN PREOCUPACIONAL: SI - NO
(Si se realizó, adjuntar copia en el caso que conste en legajo del agente)

EXÁMENES PERIÓDICOS DE SALUD: SI - NO
(Si se realizaron, adjuntar copia en el caso que conste en legajo del agente.)

¿SE ENCUENTRA EN USO DE LICENCIA POR ENFERMEDAD? SI - NO

Fecha de Inicio de la licencia: Total de días inasistidos:

MOTIVO DE SOLICITUD A JUNTA MÉDICA FECHA DE SOLICITUD:.....
(Marcar con una cruz):

a) EVALUACION DE INCAPACIDAD PSICOFISICA a los FINES PREV.ISIONALES

b) EVALUACION DE LA CAPACIDAD LABORATIVA:

b.1) Reasignación de tareas

b.2) Reubicación Laboral:

- Serán devueltos aquellos expedientes, en los que no se encuentre dicho formulario completo.

Firma y Sello
Director/a y/o jefe/a de Personal