

## ANEXO I

### Formulario Único de solicitud de Junta Médica

APELLIDO Y NOMBRES: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO ACTUALIZADO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

EMAIL PERSONAL (DOMICILIO ELECTRÓNICO): \_\_\_\_\_

NIVEL DE INSTRUCCIÓN (PRIMARIO, SECUNDARIO Y/O UNIVERSITARIO): \_\_\_\_\_

Ente EMPLEADOR (Hospital/Dependencia/Organismo): \_\_\_\_\_

EMAIL DEL ORGANISMO (PARA RECEPCIÓN DE CITACIÓN A JUNTA MÉDICA): \_\_\_\_\_

LEY POR LA CUAL INGRESÓ:  10.430  
 10.592 (ADJUNTAR RESOLUCIÓN DE INGRESO Y EVALUACIÓN MÉDICA CON TAREAS ASIGNADAS)  
 Otros organismos: \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_ CESE: \_\_\_\_\_ REINGRESO: \_\_\_\_\_

EXÁMEN PREOCUPACIONAL SI - NO (SI SE REALIZÓ ADJUNTAR COPIA EN CASO QUE CONSTE EN EL LEGAJO DEL AGENTE)

EXÁMENES PERIÓDICOS DE SALUD SI - NO (SI SE REALIZÓ ADJUNTAR COPIA EN CASO QUE CONSTE EN EL LEGAJO DEL AGENTE)

FUNCIÓN O TAREA PARA LA CUAL FUE DESIGNADO: \_\_\_\_\_

FUNCIÓN O TAREA QUE REALIZA: \_\_\_\_\_

(SI HUBO REINGRESO INFORMAR TAREA QUE REALIZABA Y/O TAREA QUE REALIZA)

CAMBIOS DE FUNCIÓN Y/O TAREAS: \_\_\_\_\_

JUNTAS MÉDICAS PREVIAS (Adjuntar las realizadas en la Dir. de Salud Ocupacional) \_\_\_\_\_

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

Fecha de inicio de licencia \_\_\_\_\_ Total de días inasistidos \_\_\_\_\_

MOTIVO DE SOLICITUD DE JUNTA MÉDICA (MARCAR CON X) FECHA DE SOLICITUD \_\_\_\_\_

A) EVALUACIÓN DE INCAPACIDAD PSICOFÍSICA A LOS FINES PREVISIONALES

B) EVALUACIÓN DE CAPACIDAD LABORATIVA

C) EVALUACIÓN POR REQUERIMIENTO DE Dto. Licencias Médicas (LP.B.E/Delegaciones)

SERÁN DEVUELTOS AQUELLOS EXPEDIENTES EN LOS QUE NO SE ENCUENTRE EL ANEXO COMPLETO EN TODOS SUS CAMPOS.

FIRMA Y SELLO AUTORIDAD RRHH