

SOLICITUD DE JUNTA MEDICA

PERSONAL DOCENTE Ley 10579 - Dec 688/93

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 Consejo Escolar

Motivo de la Solicitud Encuadre de Licencia Renovación de Cambio de Funciones Servicios Provisorios por razones de Enfermedad
 Trastorno del embarazo Razones de Profilaxis Nuevo examen
 Cambio de Funciones Reintegro a tareas habituales

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 OTORGADA DENEGADA

Desde el/...../..... hasta el/...../..... Imputarlas al Art. 114 Inc.: a)1. a)2. a)2.(a.2.8) d)1.10

Fecha de comienzo de la Patología/...../..... (solo para Artículo A.2.8)

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

Se Aconseja:

OPCION A) CAMBIO DE FUNCIONES (Art. 121) OTORGADO DENEGADO

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

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

El agente no debe.....

OPCION B) SE ACONSEJA SERVICIOS PROVISORIOS POR RAZONES DE ENFERMEDAD(Cambio de ámbito- Art103b) OTORGADO DENEGADO

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