

SOLICITUD DE JUNTA MEDICA

PERSONAL DOCENTE Ley 10579 - Dec 688/93

Agente:

RUAMeL N° (DNI):

Fecha:/...../.....

EXCLUSIVO DEL CONSEJO ESCOLAR QUILMES.

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 ConsejoEscolar

- Motivo de la Solicitud
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Encuadre de Licencia | <input type="checkbox"/> Renovación de Cambio de Funciones | <input checked="" type="checkbox"/> Servicios Provisorios por razones de Enfermedad |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del embarazo | <input type="checkbox"/> Razones de Profilaxis | <input type="checkbox"/> Nuevo examen |
| <input type="checkbox"/> Cambio de Funciones | <input type="checkbox"/> 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