

(DNI)

SOLICITUD DE JUNTA MÉDICA - Dec. 688/93

NOMBRE Y APELLIDO:

FECHA:

EXCLUSIVO DEL CONSEJO ESCOLAR

Sexo:.....Edad:.....Fecha de Nacimiento:...../...../.....Dirección:.....
Ciudad:.....Provincia:.....CP:.....Teléfono:.....E-mail:.....

PUESTO/S DE TRABAJO ACTUAL/ES

REGIMEN	CARGO/S ACTUAL/ES	SITUACIÓN DE REVISTA	ANTIGÜEDAD	ESTABLECIMIENTO	DISTRITO

FIRMA Y SELLO
Consejo Escolar

Se cumplimentó con art. 117 inc.1

MOTIVO DE SOLICITUD:(Indicar con una cruz)

- ENCUADRE DE LICENCIA TRASTORNOS DEL EMBARAZO CAMBIO DE FUNCIONES RAZONES DE PROFILAXIS
 REINTEGRO A TAREAS HABITUALES SERVICIOS PROVISORIOS POR RAZONES DE ENFERMEDAD (Adjuntar informe de Secretaria de Inspección con: lugar de residencia, de Trabajo, distancias, medios de transporte, tipo de camino, etc.)

EXCLUSIVO DEL MEDICO AUDITOR

CORRESPONDE REALIZAR JUNTA MEDICA: SI NO

Motivo:.....

Observaciones:.....

FIRMA Y SELLO
Responsable Médico

EXCLUSIVO DE LA JUNTA MEDICA

DICTAMEN

JUNTA MÉDICA ESPECIALIZADA EN:.....

CODIGO CIE10

ENCUADRE DE LICENCIA.

Desde el/...../.....hasta el...../...../..... Imputarlas al Art.114 Inc.: a)1., a)2., a)2. (A.2.8) : Fecha de comienzo de la Patología/...../....., d)1.10.

CON NUEVO EXÁMEN: SI (...../...../.....) NO CON ALTA SI (...../...../.....) NO

SE ACONSEJA: (deberá indicar y completar una opción)

OPCIÓN A) CAMBIO DE FUNCIONES: (Art. 121) SI Desde el/...../.....hasta el...../...../.....; CON NUEVO EXÁMEN. NO

El agente no debe:.....

OPCIÓN B) SE ACONSEJA SERVICIOS PROVISORIOS POR RAZONES DE ENFERMEDAD (Cambio de ámbito - Art. 103.b) SI (desde/...../..... hasta 31/12/..... CON NUEVO EXAMEN.) NO

La Junta médica ha dictaminado conforme lo establecido en el (Art. 103.b):

"...Por razones de enfermedad, cuando la distancia y los medios de comunicación afecten al docente y le impidan el desempeño de su función en el destino donde es titular. El cambio de destino deberá ser aconsejado por la junta médica oficial."

El agente no debe:.....

OPCIÓN C) REINTEGRO A TAREAS HABITUALES SI (Desde el/...../.....) NO

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 Y SELLO
Médico

FIRMA Y SELLO
Médico

FIRMA Y SELLO
Médico